

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
11. Psikiyatri Kliniği
Başhekim: Doç. Dr. Medaim Yanık
Klinik Şefi: Doç. Dr. Duran Çakmak

ALKOL BAĞIMLILIĞINDA DEPRESYON VE ANKSİYETENİN YETİYİTİMİ ve YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Aslıhan Yapıcı

İSTANBUL
2006

ÖNSÖZ

Psikiyatri eğitimim boyunca desteğini hissettiğim klinik şefim Doç. Dr. Duran Çakmak'a, rotasyon dönemlerinde birlikte çalışma fırsatı bulduğum; Dr. Nihat Alpay, Doç. Dr. Nesrin Karamustafaloğlu, Dr. Ahmet Kocabıyık, Dr. Arzu Çiftçi, Dr. Bilge Evren, Dr. Fulya Maner, Dr. Melih Özeren, Dr. Fatih Borlu, Dr. Niyazi Uygur, Dr. Ali Rıza Çeliker, Dr. Fatih Öncü, Dr. Levent Kayaalp'a, kliniklerde çalıştığım sürelerde bilgi ve görüşlerini paylaşan asistan arkadaşlarıma, hemşirelere, sağlık ve güvenlik personeline teşekkür ederim.

Tez çalışmamın her aşamasında klinik bilgi ve tecrübesini esirgemeyen, desteğini hep yanımda hissettiğim Dr. Ömer Saatçioğlu, anlayışlarından ve yardımlarından ötürü Doç. Dr. Cüneyt Evren, Dr. Yeşim Can, Dr. Bican Öztürkcan, Dr. Birim Danişment, Safiye Hemşirehanım ve tüm AMATEM kliniği çalışanlarına teşekkür ederim.

Yaşamıma, mesleğime esneklik ve farklı bir bakış getiren Dr. Elif Ertin Ziegler ve Günter Ziegler'e ve tüm grup arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İyi, kötü günlerimde hep yanımda olan ve eğer bir başarı söz konusuysa bunda büyük payları olan kardeşim; Yusuf, dostlarım; Gözde, Gülizar, Nurcan, Olga, Rabiş ve Suzan'a çok teşekkür ederim.

Hekimlik yolumda temel taşları oluşturmamda yardımcı olan Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi eski dekanı Doç.Dr. Erbuğ Keskin ve 2001 dönemi mezunu arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İnsanlara ve dolayısıyla hastalara önyargısız yaklaşmayı öğrendiğim babam; Mahmut Yapıcı'ya, yaratıcı ve disiplinli çalışmayı öğrendiğim annem Hasret Yapıcı'ya maddi ve manevi desteklerinden dolayı sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

Giriş ve Amaç.....	2
Genel Bilgiler.....	4
Alkol Kullanımının Tarihçesi.....	4
Alkolün Farmakolojisi ve Etkileri.....	5
Alkol Bağımlılığının Tanımı.....	7
Alkol Bağımlılığının Yaygınlığı.....	9
Bağımlılık ve Komorbidite.....	9
Alkol Bağımlılığı ve Depresyon Komorbiditesi.....	10
Madde Kaynaklı ve Bağımsız Depresif Epizodlar Arasındaki Farklılıklar.....	12
Alkol Bağımlılığı ve Anksiyete Komorbiditesi.....	13
Alkol Bağımlılığında Yaşam Kalitesi.....	17
Alkol Bağımlılığında Yetiyitimi.....	20
Yöntem ve Araçlar.....	22
Örnekleme.....	22
Çalışmada Kullanılan Gereçler.....	22
Araştırmada Kullanılan İstatistikî Yöntemler.....	24
Bulgular.....	25
Sosyodemografik Özellikler.....	25
Alkol Kullanımı İle İlgili Özellikler.....	26
Gruplar Arasındaki Depresyon Düzeyiyle İlgili Özellikler.....	27
Gruplar Arasındaki Anksiyete Düzeyi İle İlgili Özellikler.....	28
Gruplar Arasındaki Yetiyitimi İle İlgili Özellikler.....	29
Gruplar Arasındaki Yaşam Kalitesi İle İlgili Özellikler.....	30
Tartışma.....	35
Sonuç ve Öneriler.....	40
Özet.....	41
Summary.....	43
Kaynaklar.....	44

GİRİŞ ve AMAÇ

Alkol kullanımı çağın en ciddi ve kapsamlı sorunlarından birisi olmasına rağmen alkol kullanımında yaşam kalitesi günümüze kadar oldukça az incelenmiştir. Alkol bağımlılığında yaşam kalitesinin düştüğü, yetiyiminin olduğu bilinmektedir. Alkol bağımlılığı anksiyete ve depresyon semptomları ile birliktelik gösterdiğinde yetiyitimi ve yaşam kalitesi etkilenmektedir.

Testa ve Siminson, 1996 yılında yaşam kalitesinin sosyal, psikolojik ve fizyolojik olarak üç başlıktan oluştuğunu, yaşam kalitesinin farklı hastalık durumlarında ve farklı popülasyonlarda anlamlı kıyaslamalar yapılarak ele alınabileceğini savunmuşlardır (1). Longabaugh ve arkadaşları, alkol bağımlılığında yaşam kalitesini incelemiş ve ilgili üç alan tanımlamışlardır. Bu alanlar; kullanılan alkol miktarı ve bağımlılık düzeyinin belirleyici olduğu “klinik durum”; kullanıcının bakış açısının temel olduğu “bağımlılığa özel problemler” ve son olarak da sosyal ilişkiler ve çevre desteğiyle ilişkili olan “genel fonksiyonlar”dır (2).

Yaşam kalitesi özel popülasyonlarda çalışılmıştır. Kadınların daha çok iş sahibi olduğu örneklerle yapılan çalışmada, bağımlı kadınların erkeklere göre daha düşük yaşam kalitesinin olduğu saptanmıştır (3). Kadınlarda daha yüksek depresyon puanlarının olduğu dikkat çekmiştir. Başka bir çalışmada evsiz ve alkol kötüye kullanımı olan hastalarda, tedaviye rağmen 6 aylık izlemlerinde yaşam kalitesinde az ve yavaş bir gelişim saptanmıştır (4).

Yaşam kalitesi puanlarının alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığı tanılarında farklılık gösterdiği, alkol bağımlılığında daha düşük puanların saptandığı tespit edilmiştir (5).

Daepfen ve arkadaşları alkol bağımlılığında yaşam kalitesini SF-36 kullanarak incelemişlerdir. Ele aldıkları 147 kişilik örnek grupta psikososyal puanların fiziksel ve genel fonksiyon puanlarına göre daha düşük olduğu, depresyonun alkol bağımlısı hastanın yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktör olduğunu saptamışlardır (6).

Sosyodemografik faktörlerin yaşam kalitesini nasıl etkilediği bir Yugoslav çalışmasında gösterilmektedir. Buna göre kasabalarda yaşayanların, köyde yaşayanlara, eğitilmiş yaşlıların eğitimsiz gençlere göre daha yüksek yaşam kalitesinin de olduğu saptanmıştır (7).

Alkol bağımlılarında yaşam kalitesinin temel belirleyicilerinin, önem sırasına göre; bağımlılık şiddeti, iş durumu, psikiyatrik öykü, kullanılan alkolün miktarı ve sıklığı, anonim alkolikler (AA) başvurusu, genel sağlık durumu, yaş, cinsiyet ve eğitim durumu olduğu belirtilmiştir (8).

Araştırmalara göre alkol bağımlılarında eş zamanlı psikiyatrik sorunlar bulunmaktadır. En sık görülen eş tanımlar anksiyete bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu ve duygudurum bozukluğudur. Eşlik eden anksiyete bozukluğu en sık olan gruptur. Anksiyete bozuklukları içerisinde fobik, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu (PTSB) ön sırayı paylaşır. PTSB'nin alkol bağımlılığıyla ilişkisi ve bu durumun yaşam kalitesine olan ciddi etkisi çalışmalarda gösterilmiştir (9).

Alkol bağımlılığında sosyal çevrenin de yaşam kalitesine önemli etkileri olmaktadır. Sekiz yıllık izlem çalışmasında, düşük depresyon puanları, arkadaş ve partner ilişkisinin varlığının, alkol bağımlılarında yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği gözlenmiştir. Yalnız olmak, öz güven azlığı düşük yaşam kalitesi puanlarıyla birliktelik göstermiştir (10). İlişkili olarak alkol kötüye kullanımı olan bireylerin sosyal statülerinde düzelme olduğu zaman alkol alımlarının azaldığı gözlenmiştir.

Alkol kullanımında sıklık ve miktarın azaltılması ile kullanımın tamamen bırakılması arasında da yaşam kalitesi açısından farklılık gözlenmektedir. Bağımlının alkol kullanımını tamamen bırakmasıyla yaşam kalitesinde dikkat çekici bir düzelme sağlanmaktadır. Yaşam kalitesinde artış olmasının uzun dönem iyileşme üzerine etkili olabileceği vurgulanmıştır (11).

Kontrollü alkol kullanımında, kontrol grupları kadar düşük yaşam kalitesi puanları gözlenmemekle beraber, tekrarlayan hastane başvuruları dikkat çekmiştir (12).

Yaşam kalitesinin relapsla ilişkili olabileceği de düşünülmüştür. Foster ve arkadaşları, uyku ve ağrı ile ilişkili alt ölçeklerle ilgilenmişler. Uyku bozukluğunun relaps ile önemli ilişkisi saptanmış, ağrının ise direkt ilişkisi tespit edilemese de analjezik kullanımı ile ilişkili olduğu gözlenmiştir (13). Yaşam kalitesi, hastanın sorunlu yaşam bölümünü tanımlamaya yardım eder. Geleneksel klinik ve biyokimyasal değerlendirmelere yaşam kalitesi ölçütleri de eklenmelidir. Böylece sağlık çalışanları tedavi ve ortamın etkilerini anlayabilirler (14).

Alkol bağımlılarında yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar bulunsa da, yetiyitimine yönelik çalışma bulunmamaktadır. Yetiyitimi ve yaşam kalitesi birbirini etkileyebilecek önemli unsurlardır. Yetiyitiminin bulunduğu durumlarda yaşam kalitesinin bozulması kaçınılmazdır. Alkol bağımlılığında yaşam kalitesi ve yetiyitimi, son yıllarda dikkati çeken konulardır. Ancak; yapılmış çalışmalar yetersizdir. Bu alanda elde edilecek bulgular, tedavinin planlanmasına ve geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

Çalışmanın amacı, alkol bağımlılığında depresyon ve anksiyetenin yetiyitimi ve yaşam kalitesi ile ilişkisini ve belirlenen üç grup arasında (anksiyete grubu, depresyon grubu, anksiyete ve depresyonu olmayan grup) bu yönde fark olup olmadığını saptamaktır. Elde edilen sonuçlar; alkol bağımlılığında yetiyitimi ve yaşam kalitesine yönelik değerlendirme tedavi süreci, tedaviden yararlanma, ilaç kullanımı ve terapi görme sürecini belirleme ve buna bağlı olarak tedavi maliyetinin de dahil olduğu geniş bir aralıkta fayda sağlayacaktır.

GENEL BİLGİLER

Alkol Kullanımının Tarihçesi

Etil alkol, meyve tahıllarındaki karbonhidratların fermentasyonu sonucu kolayca elde edilebilmektedir. Bu nedenle, hemen her toplumda alkollü içecekler bilinmekte ve kullanılmaktadır. Alkol, Arapça kökenli kühul kelimesinin başına belirtme olarak gelen el takısından oluşmuştur. İncil’de öldürmeden sonra tanımlanan sorunların başında gelir. Tufandan sonra Nuh, üzüm bağı yetiştirerek sarhoş olmuş ve oğlu Ham ile arasında sorun çıkmıştı. Bu, alkole bağlı bilinen sorunların ilk bilinen tanımıdır. Arpadan bira yapımı M.Ö 4000 yılından bu yana bilinmektedir. Papirüs üzerinde bununla ilgili yazılar ve resimler bulunmuştur. Şarabın elde ediliş ve satışını belirleyen ilk yasalar Babil kralı Hamurabi tarafından yapılmıştır. Eski Roma ve Yunan döneminde şarap kutsal sayılmıştır ve Roma’da Bacchus, Atina’da Dionisos şarap tanrıları olarak anılmışlardır. Alkolizm tarihin akışını da etkilemiş, Büyük İskender 33 yaşında aşırı alkol alımı sonucu ölmüştür. İtalya’da bağların büyük ölçüde yok edilmesinden sonra alkolizm üst sınıfların ve imparatorların sorunu olmuş, Neron, Caligula, Cladius gibi imparatorlar bunu yaşamışlardır (15).

İlkçağ dinleri alkolü yasaklamış, dinsel törenlerde içilmesini özendirmiştir. Musevilik’te, Hıristiyanlık’ta sarhoş olunmayacak düzeyde alkol alınması serbest bırakılmıştır. İslamiyet alkole karşı önce esnek davranmış, sonra alkole bağlı sorunlar nedeniyle yasaklamıştır. Gerçekte, kişiye ve topluma zarar vermeyecek derecede alkol alınmasına dün olduğu gibi günümüzde de esnek davranılmakta ve önemli kısıtlamalara gerek görülmemektedir (16).

Orta çağda, Avrupalılar Araplardan gelişmiş damıtma tekniklerini almış ve şarap yapımı manastırların egemenliğine geçmiştir. Bu durum, din adamları arasında alkolizmin artmasına yol açmıştır. Damıtma teknolojisinin daha da gelişmesiyle 18. yy Avrupa’ında aşağı sınıf arasında alkol kullanımı giderek yayılmış, 19. yy’da Amerika’da zirveye ulaşmıştır.

1700’lerde Dr. Benjamin Rush (1790) aşırı alkol kullanımını bir hastalık olarak tanımlamış, tedavisinide alkolden tamamen uzak durmak olarak belirlemiştir. 1849’da İsveç’li doktor, Magnuss Huss ilk kez “alkolizm” terimini kullanmıştır.

20.yy’da psikanalitik görüşün yaygınlaşmasıyla alkolizm altta yatan psikopatolojinin bir semptomu olarak kabul edilmiş, 2. Dünya Savaşından sonra alkol kullanımının farklı kültürlerde farklı dereceler göstermesi, alkolizmin köklerinin sosyal davranış örüntülerinde olduğunun kanıtı olarak ele alınmıştır.

Bugün alkolizm; kişilik özellikleri, öğrenme mekanizmaları, psikoanalitik dinamikler, psikososyal etkenler, aile sistemlerine yönelik ele alınmasının yanısıra, alkolün psikofarmakolojisi, genetik yapı, biyolojik yatkınlık, psikiyatrik ve tıbbi komorbidite gibi birçok yönden ele alınmaktadır (15).

Alkolün Farmakolojisi ve Etkileri

Alkol doymuş karbon atomlarına bağlı hidroksil gruplarından oluşan organik bileşiktir. Etil alkol, etanol olarak da anılır ve alkolün en sık şeklidir. Alkollü içeceklerde bulunan etil alkoldür. Etanolün kimyasal formülü CH_3-CH_2-OH dir. Meyve ve tahıllardaki karbonhidratların fermentasyonu sonucu ortaya çıkar. Kalori değeri yüksektir, 1g alkol 7 kalori sağlar (17).

Alkollü içeceklerin karakteristik tadları ve aromaları üretim metodlarının ürünüdür. Metodlar değişik konjugasyonları içerir. Metanol, butanol, aldehidler, fenoller, taninler ve çok düşük oranlarda çeşitli metaller bu konjugasyonlardandır. Alkollü içeceklerde bulunan konjugatların farklı psikoaktif etkileri olmasına karşın etanolün tek başına etkisiyle kıyaslandığında sözü edilen farklılıklar çok az olmaktadır.

Alınan alkolün yaklaşık olarak %10'u mideden, kalanı da ince bağırsaktan emilir. İnce bağırsak aynı zamanda B vitaminlerinin de emilim bölgesidir. Etanol suda kolay çözünebildiği için hızla kan dolaşımına katılarak tüm dokulara yayılır. Özellikle su oranı yüksek dokulara daha kolay ulaşır. Zehirlenme etkileri kan alkol yoğunluğu artarken daha çok, düşerken daha az belirgindir. Bu duruma "Mallenby etkisi" denir. Bu nedenle zehirlenme oranı doğrudan ortaya çıkan cevap ile ilişkilidir. Yağda çözünürlüğü de orta derecede olduğundan hücre zarlarını etkiler. En üst kan alkol düzeyine genellikle 45-60 dakikada ulaşılır. Bu düzeye ulaşma midenin boş olmasına veya bereberinde yemekle alınmasına bağlı olarak değişkenlik gösterir. Midenin boş olması emilimi hızlandırır. Ayrıca alkolün hızlı alımı da üst düzeye ulaşma zamanını kısaltır. Emilim, %10-30 yoğunluğunda olan alkollü içeceklerde daha hızlıdır.

Vücut alkole karşı bazı koruyucu önlemler alır, örneğin alkolün midedeki yoğunluğu çok olur ise, mukus salgır ve pilorik kapak kapanır. Bu eylemler sayesinde emilim yavaşlar ve aynı zamanda ince bağırsağa geçmeden alkol bir süre midede tutulmuş olur. Böylece oldukça çok miktarda alkol midede saatler boyunca emilmemiş halde bekleyebilir. Ayrıca pilor spazmı sıklıkla bulantı ve kusma ile sonuçlanır.

Değişik alkollü içecekler değişik düzeyde etanol içerirler. Ancak ortalama olarak bir bardak şarap 10-12 g, bir bardak sert içki 28 g etanol içerir. 70 kg ağırlığında ve ortalama yağ kitlesine sahip bir kişide bir bardak içki kan alkol düzeyini yaklaşık olarak 15-20 mg/dl arttırır, bu miktar yaklaşık bir saatte metabolize edilir (18).

Emilen alkolün %90'ı karaciğerden oksidasyonla, geri kalanı ise değişmemiş halde akciğerlerden ve böbreklerden metabolize edilir. Oksidasyon oranı sabittir ve vücudun enerji gereksinimlerinden bağımsızdır. Vücut yaklaşık olarak saatte 15mg/dl alkolü metabolize eder. Fazla alkol alım öyküsü olan hastalarda gerekli enzimlerin upregulasyonu alkolün hızlı metabolizasyonu ile sonuçlanır (19).

Alkol iki enzimle metabolize edilir; bu enzimler alkol dehidrogenaz ve aldehid dehidrogenazdır. Alkol dehidrogenaz alkolün toksik bir bileşen olan asetaldehide dönüşümünü katalize ederken, aldehid dehidrogenaz asetaldehidin asetik asite dönüşümünü katalize eder. Alkolle ilişkili bozukluklarda bir tedavi yöntemi olan disülfiram (antabus), aldehid dehidrogenaz enzimini inhibe eder.

Bazı çalışmalar kadınların daha düşük alkol dehidrogenaza sahip olduğunu, bu nedenle erkeklerle kıyaslandığında aynı miktar alkolle daha fazla zehirlenme durumuna geldiklerini göstermiştir. Ayrıca alkolü metabolize eden enzimlerin azalmış etkilerinden dolayı bazı Asya'lı insanlarda daha kolay zehirlenme ve toksik semptomlar izlenebilmektedir.

Alkolün beyin üzerine etkilerini açıklayabilecek tek bir mediyatör saptanmamıştır. Alkolün biyokimyasal etkileriyle ilgili en çok üzerinde durulan görüş, sinir membranı üzerine etkileriyle ilişkili olanıdır. Kısa dönem kullanımında alkol membranlardan geçerek membranların akışkanlığını arttırır. Uzun dönem kullanımında ise membranın rijid bir hale geldiği iddia edilmektedir. Membranın akışkanlığı; reseptörlerin, iyon kanallarının ve diğer

membranda bulunan fonksiyonel proteinlerin normal işlevlerini yerine getirebilmeleri için kritik bir düzeydedir. Son çalışmalarda araştırmacılar alkolün etkileri için spesifik moleküler hedefler amaçlamışlardır. En çok iyon kanalları üzerine yoğunlaşmıştır. Bu çalışmalar göstermiştir ki; alkol iyon kanalı aktiviteyi nikotinik asetilkolin, serotonin tip 3 (5-HT3) ve GABA tip A (GABA-A), glutamat reseptörleri ile ilişkilidir. Nikotinik asetilkolin, serotonin, GABA reseptörlerini değiştirirken, glutamat reseptörleri ve voltaja bağlı kalsiyum kanallarını inhibe etmektedir.

Davranışsal etkilerine bakıldığında; aralarında bir derece çapraz tolerans ve çapraz bağımlılık olan barbituratlar ve benzodiazepinler gibi alkolün de moleküler etkilerinin sonucu olarak depresan aktivitesi mevcuttur. Kanda %0,05' lik alkol ile düşünce, yargılama ve kendini kontrol edebilme bozulur. Yüzde 0,1' de, istemli motor hareketler beceriksiz bir hal alır. Birçok bölgede yasal zehirlenme düzeyleri 0,1 ila 0,15 arasındadır. Yüzde 0,2 düzeyinde beynin tüm motor alan fonksiyonları deprese olur, hatta duygusal davranışları kontrol eden alanlarda da etkilenme başlar. Yüzde 0,3 düzeyinde kişi büyük olasılıkla tamamen konfüze veya stuporda, 0,4-0,5 yüzdelerinde ise komadadır. Daha yüksek düzeylerde beynin nefes alma, kalp atımının kontrolü gibi temel işlevleri etkileneceği için ölümle karşılaşılır. Uzun dönem alkol kullanan kişiler, daha yüksek düzeyleri tolere edebilir, onların bu alkol toleransı, görünümde gerçekte olduklarından daha az entoksike halde gösterebilir.

Alkolün uyku üzerine etkilerine bakıldığı zaman, akşamları alınan alkolün uykuya geçişi kısaltması söz konusu iken, alkolün uyku yapısı üzerine yan etkilerinin olduğu bilinmektedir. Alkol kullanımı REM ve derin uyku olan Non-REM, 4. evreyi kısaltmakla beraber uyku bölünmesini artırır ve daha sık ve daha uzun uyanıklık sağlar. Dolayısıyla alkolün insanların uyumasına yardımcı olduğu sözleri sadece bir mit olarak yerini almaktadır.

Alkolün diğer fizyolojik etkilerine bakıldığında; alkolün majör zararlı etkisinin karaciğerle ilişkili olduğu görülür. Artan alkol kullanımı karaciğerde yağ ve protein birikiminin dolayısı ile yağlı karaciğer görünümüne neden olur. Bu durum, fizik muayenede hepatomegali olarak tespit edilebilir. Karaciğer yağlanması ile ciddi karaciğer hasarı arasında ilişki tam olarak açıklanamasa da alkol kullanımının alkolik hepatit ve sirozla ilişkisi bilinmektedir. Uzun dönem ağır içicilik; özefajit, gastrit, aklorhidri, gastrik ülser gelişimi ile ilişkilidir. Özofajial varislerin gelişimi de ağır alkol kullanımına eşlik eder ki, bu varislerin rüptürü ölümcüldür. İnce bağırsak hastalıkları da ara sıra gelişebilmekte ayrıca pankreatik yetmezlik, pankreatit, pankreas kanseri de eşlik edebilmektedir. Ağır alkol kullanımı, besin sindirimini normal prosedürlerini etkileyebilir, dolayısı ile yetersiz sindirim gerçekleşir. Alkol kullanımı sonucu bağırsaktan amino asit ve vitaminler gibi besinlerin emilimi inhibe olur. Bu etki alkolle ilişkili bozukluğu olan kişilerin zayıf beslenme alışkanlıkları ile beraber olunca özellikle B vitamini olmak üzere ciddi vitamin eksiklikleri görülebilmektedir.

Önemli miktarlarda alkol alımı; artmış kan basıncı, lipoproteinler ve trigliseridlerin disregülasyonu, artmış myokardial enfarkt ve serebrovasküler hastalık riski ile ilişkilidir. Alkolle ilişkili bozukluğu olmayan ara sıra alkol kullanan kişilerde de alkolün, dinlenme kardiyak outputunu, kalp atımını, miyokardiyal O₂ tüketimini arttırdığı gözlenmiştir. Kanıtlar göstermektedir ki alkol kullanımının hemapoetik sistem üzerine de yan etkileri bulunmaktadır; bu nedenle özellikle baş, boyun, özofagus, mide, karaciğer, kolon ve akciğer kanseri insidansı artmaktadır. Akut intoksikasyonda hipoglisemi olabilmekte, atlandığı zaman ölümler görülebilmektedir. Kas güçsüzlüğü alkol kullanımının yan etkilerindedir. Son kanıtlar alkol alımının, kadınlarda östrodiolün kan düzeyini arttırdığını göstermektedir. Östrodiolün artışı kan alkol düzeyiyle paraleldir.

Alkolün yan etkileri bazı laboratuvar tetkiklerinde açık bir şekilde gözlenebilmektedir. Alkolle ilişkili bozuklukların kadınlarda daha çok olmak üzere, yaklaşık olarak %80'inde gama glutamyl peptidaz, %60'ında da MCV yüksek tespit edilmektedir. Alkol kötüye

kullanımı ile ilişkili diğer laboratuvar testleri ürik asit, trigliserid, serum glutamic-oxaloasetic transaminaz ve serum glutamic-pyruvic transaminaz olarak sayılabilir.

Alkol ve diğer maddelerin etkileşimi tehlikeli hatta ölümcül olabilmektedir. Alkol ve fenobarbütal gibi bazı maddeler karaciğerden metabolize edilirler ve uzamış kullanımlarında metabolizmalarında artış olur. Alkol ile ilişkili bozukluğu olan kişiler, alkolsüz olduklarında bu artmış metabolizma onların sedatif hipnotikler gibi ilaçlara tolerans geliştirmesini sağlar. Aynı şekilde bu insanlar alkol intoksikasyon durumundayken; ilaçlar aynı detoksifikasyon mekanizması için alkol ile yarışır ve bu maddelerin potansiyel toksik etkilerinde artış olur. Alkol ve diğer merkezi sinir sistemi depresanlarının etkileri sinerjistikdir. Alkol ile ilişkili bozukluğu olan kişilerde sedatif hipnotikler, ağrı, hareket hastalıkları, soğuk algınlığı ve allerjide verilen ilaçlar dikkatli kullanılmalıdır. Narkotikler, serebral korteksin duyu alanlarını deprese ederler ve ağrı kesici, sedasyon, apati ve uyku yapıcı etkileri olabilir. Yüksek dozlar ise solunum kaybı ve ölüme sonlanabilir. Sedatif hipnotik ilaçların dozu arttırıldığında ve özellikle alkolle kombine edildiğinde sedasyondan motor ve intellektüel bozulmayı da içeren ve stupor, koma ve ölüme kadar gidebilen sonuçlar gözlenebilir. Sedatif hipnotikler ve diğer psikotropikler alkolün etkilerini güçlendirdikleri için kişiler özellikle makina işi yaptıklarında ve araba kullanırken bu kombinasyon yönünden uyarılmalıdır (18).

Alkol Bağımlılığının Tanımı

DSM-IV' e göre tüm madde ile ilişkili bozukluklarda bağımlılık ve kötüye kullanım kriterleri aynıdır. Alkol bağımlılığı veya kötüye kullanımında yeterli günlük işlevsellik için fazla miktarlarda alkol alma ihtiyacı olmaktadır. İçme paternleri belli davranışlarla ilişkilidir. Bunlar; içmeyi durdurma veya kesme, fazla içmeyi kontrol edebilmek için çaba gösterme, içmeyi günün belli zamanına sınırlayamama, kişinin alkol kullanımıyla kötüleştiğini bildiği fiziksel bozukluğuna rağmen içmeye devam etme, alkol içeren sanayi ürünlerini içmek amaçlı kullanma ve intoksikasyon sırasında yaşananları hatırlayamama ile seyreden amnestik periyodlar şeklindeki davranışlardır.

Alkol bağımlısı veya kötüye kullanımı olan kişi alkol kullanımı nedeniyle sosyal ve mesleki alanda bozulma yaşar. Bu alanlardaki yasal zorluklar; aşırı miktarda alınma durumunda şiddet davranışının olması, işe devamsızlık, iş kaybı, aile üyeleri veya arkadaşlar ile tartışmalar, alkollü iken sergilenen davranışlar veya sebep olunan kazalar nedeniyle tutuklanmalar şeklinde olabilir (18).

Alkol bağımlılığını tanımlayabilmek için çok sayıda etiyolojik model ortaya atılmış fakat hiç biri bu kavramı yeterince açıklayamamıştır. Bazı araştırmacılar, tarafından kalıtımı veya biyolojik etkenleri ön plana çıkarmış; bir kısmı ise biyopsikososyal etkenlerin belirleyici olduğu üzerinde durmuşlardır. Fakat biyopsikososyal bir bütün olarak insanı anlamak, değerlendirmek ve onun çok yönlü yapısının alkol kullanımı ile ilişkilerini sağlam verilere dayanarak ortaya koymak pek o kadar kolay olmamıştır. Alkol bağımlılığı olgusunu tartışan modellerin hiç biri, tek başına alkol bağımlılığını tam olarak tanımlamayı başaramamıştır (20).

Başta batı toplumları olmak üzere; bütün dünyada yaygın bir biçimde tüketilen alkole bağlı "normal içiciliğin" nerede bittiği, "bağımlılığın" nerede başladığı konusu tanı koymada en kritik noktadır. Esas olarak kullandığımız tanısal sınıflandırma sistemleri ne kadar iyi olursa olsun, mutlaka yetersiz noktaların bulunduğu ve yanlış pozitif ve yanlış negatif değerlendirmelerin önlenemediği bilinen bir durumdur (21).

Alkol Bağımlılığının Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflandırması olan DSM-IV'e göre tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir; (21)

Alkol bağımlılığı

12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz alkol kullanım örüntüsü:

1)Aşağıdakilerden biri ile tanımladığı üzere direnç artımı olması:

a)Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda alkol kullanma örüntüsü

b)Sürekli olarak aynı miktarda alkol kullanımı ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması

2)Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

a)Alkole özgü yoksunluk sendromu

b)Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için alkol alımı

3)Alkol çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınır.

4)Alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.

5)Alkolü sağlamak, alkol kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama

6)Alkol kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır.

7)Alkoliin neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın alkol kullanımını sürdürülür.

Varsa belirtiniz:

Fizyolojik bağımlılık gösteren: Direnç artımı ya da yoksunluğun kanıtı vardır.

Fizyolojik bağımlılık göstermeyen: Direnç artımı ya da yoksunluğun kanıtı yoktur.

Dünya Sağlık Örgütü sınıflandırması olan ICD-10' a göre ise; (22)

F10.2 Alkol Bağımlılık Sendromu

Aşağıdakilerden 3 ya da daha fazlası son bir yıl içerisinde bulunuyorsa, kesin bağımlılık tanısı konabilir:

a. Maddeyi almak için güçlü bir istek veya zorlanti

b. Madde alma davranışını denetlemede güçlük(başlangıç, bırakma ve kullanım dozu bakımlarından)

c. Madde kullanımı azaltıldığında ya da bırakıldığında fizyolojik bırakma sendromu: Maddenin tipik bırakma sendromu, ya da bırakma belirtilerini giderebilmek için aynı ya da benzer maddeyi kullanma

d. Dayanıklılık (tolerans) belirtileri, daha düşük dozlarda ortaya çıkan etkilerin ortaya çıkabilmesi için daha yüksek madde dozlarına gereksinim duyulması (en güzel örnek, dayanıklılık geliştirmemiş bireyleri öldürebilecek dozda günlük alkol ve opium alan bağımlıdır.)

e. Maddeyi elde etmek, kullanmak, etkilerinden kurtulmak için harcanan zamanın diğer ilgi ve uğraşlara yer bırakmayacak şekilde giderek artması

f. Aşırı içki nedeniyle karaciğer bozukluğu, ağır madde kullanımı dönemlerini izleyen depresif duygudurum, bilişsel yetilerde ilaç kullanımına bağlı bozulma gibi zarar gördüğüne ilişkin

açık verilere karşın madde kullanımını sürdürme; kullananın gördüğü zararın ne olduğunu ve bilip bilmediğini araştırılmalıdır.

F10.20 Şimdiki durumda yoksunlukta

F10.21 Şimdiki durumda yoksunlukta, fakat korunmalı bir ortamda (örn. Hastane gibi.)

F10.22 Şimdiki durumda tıbbi denetim altında sürdürüm tedavisinde ya da bağımlı olunan maddenin yerine geçen başka bir ilaçla tedavide (denetimli bağımlılık)

F10.23 Şimdiki durumda yoksunlukta, fakat vazgeçtirici ya da bloke edici ilaçlarla tedavi altında

F10.24 Şimdiki durumda maddeyi almakta (aktif bağımlılık)

F10.25 Sürekli kullanım

F10.26 Dönem dönem kullanım (dipsomani)

Alkol Bağımlılığının Yaygınlığı

Günümüzde alkol bağımlılığı toplumların en önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir. Yapılan çalışmalar toplumları oluşturan bireylerin %90'nının yaşamlarının bir döneminde alkol aldığını, alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımının en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklardan biri olduğunu göstermektedir (23).

A.B.D de alkol bağımlılığının yaşam boyu görülme sıklığı erkekler için %10, kadınlar içinse %3-5 arasında olduğu bilinmektedir. Ülkemizde alkol bağımlılığının sıklığı ve yaygınlığı ile ilgili araştırmalar son derece kısıtlıdır. Arıkan ve arkadaşlarının (1996) Ankara'da yarı kentsel bir bölgede 20.000 kişi ile yaptıkları epidemiyoloji araştırmasında, genel popülasyonda yaşam boyu alkol bağımlılığı görülme sıklığı %0,9 olarak saptanırken, erkeklerde bu oran %1,9 olarak belirlenmiştir (24). Türkcan ve arkadaşlarının (1999) İstanbul'da 12-65 yaşları arasındaki 1550 kişi ile yaptıkları çalışmada da alkol kullanım yaygınlığı %33,5 olarak saptanmıştır (25).

Bağımlılık ve Komorbidite

Alkolün insan psikolojisi ve psikiyatrik bozukluklar üzerine etkisi Hipokrat'dan bu yana bilinmektedir. Fakat nedense çok uzun yıllar alkol kullanımına eşlik eden psikiyatrik bozuklukları ve bunlar arasındaki bağlantıları incelemek araştırmacıların pek ilgisini çekmemiş, bilim dünyasının gündemine bu konu pek girmemiştir.

Çok eksenli tanı sistemlerinin yaygın olarak kullanılması psikiyatrik bozuklukları daha ayrıntılı inceleyebilme ve eşlik eden psikoaktif madde kullanım bozuklukları ile birlikte değerlendirme olanağı sunmuştur. DSM-III ve ondan sonra gelen sınıflandırma sistemlerinde, alkol bağımlılığı ile birlikte, ona eşlik eden psikiyatrik bozuklukları kodlamayı engelleyen hiyerarşik bir yapılanma söz konusu değildir. Yani alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı tanılarına ek olarak birden çok eksenle birden çok psikiyatrik tanı koymak mümkündür. Bu durum daha önce dikkati çekmeyen, önemsenmeyen ya da göz ardı edilen ve alkol bağımlılığına eşlik eden psikiyatrik bozuklukların dikkat çekici biçimde kodlanmaya başlanmasına neden olmuştur (26).

Son yıllarda yapılan çalışmalar alkol ve madde kullanım bozukluklarına eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıkların görülme sıklığının fazlalığını ortaya koymaktadır (27).

Alkol ve madde kullananlarda psikiyatrik bozukluk ve sendromların nasıl geliştiği henüz tam olarak bilinmemektedir. Eşlik eden psikiyatrik belirtiler ve bozukluklar birincil veya ikincil olarak gelişebilmektedir (28). Ayrıca eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, bağımlılığın tanı, gidiş, sonlanma ve sağaltımını güçleştirmektedir (29).

Yapılan araştırmalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ile birlikte tedaviye başvurularının daha fazla ve tedaviyi bırakma sıklığının daha yüksek olduğu görülmüstür (30).

Kendi kendini tedavi hipotezi (Self Medication Hypothesis): Alkol ve madde kullananlarda eşlik eden psikiyatrik bozuklukların görece yüksek oranda olmasının nedeni, beraberinde ya da öncesinde psikiyatrik bozuklukları olan kişilerin rahatsızlıkları ile başa çıkmak için bu maddeleri kullanması ve zaman içinde bu maddelere karşı bağımlılık geliştirmesidir. Kendi kendini tedavi hipotezine göre hastalar, istenmeyen mizaç durumlarını değiştirmek, dayanılmaz anksiyetelerini azaltmak, bazı bilişsel bozuklukları ile başa çıkabilmek için bu maddeleri kullanmaya başlamaktalar. Kendi kendini tedavi hipotezinin kökleri ise, kontrollü klinik çalışmalardan çok bireysel, dinamik yönelimli psikoterapi veya psikoanalizlerde toplanan klinik gözlemlerle desteklenmektedir. Khantzian'ın, opiyatların öfke ve agresyon duygularını kontrol altına aldığını ve opiyat bağımlılarının bu etkiden faydalanmak için opiyat kullandıkları şeklindeki görüşü, kendi kendini tedavi hipotezine örnek olarak verilebilir (31).

Alkol kullanımındaki komorbid tabloları, genetik olarak açıklamaya çalışan araştırmalar da vardır (32). Alkolün, GABA' erjik sistemi etkileyerek anksiyolitik etki gösterdiği ne sürülmektedir (33).

Tedaviye başvuran bağımlılarda tedavi ihtiyaı hissetmeyenlere göre daha fazla komorbid psikiyatrik hastalığa rastlanmaktadır, çünkü bu hastalığı olan bağımlılar çok daha fazla yardım ve destek ihtiyaı hissetmektedirler. Bu durum "maddeye bağlı artefakt" olarak adlandırılmıştır (34).

Alkol bağımlıları ile yapılan görüşmenin, detoksifikasyonun hangi aşamasında yapıldığı tanı koymak için önemlidir. Ayrıca psikiyatrik belirtilerin şiddeti hastaların madde ve alkolü kullanmadıkları süre ile de ilişkilidir (35).

Alkol Bağımlılığı ve Depresyon Komorbiditesi

Alkol veya madde kullanımı bireysel sağlık ve aile yaşamını ciddi şekilde etkilemektedir. Ayrıca kamu güvenliği ve ekonomi üzerindeki olumsuz etkileri de oldukça yüksektir. Gerek toplumsal gerek ise sağlık alanı gibi geniş bir alanda görülen etkileriyle son derece masraflı ve yıkıcı bir hastalıktır. Yıkıcılıklarının yanında toplumda yaygınlığının artması da son yıllarda ilginin yoğunlaşarak bu bozukluklar üzerine çekilmesine neden olmaktadır. Yaygınlık açısından epidemiyolojik verilere bakıldığında, veriler erkeklerin yaklaşık %12,5'i ve kadınların %6,4'ünün yaşam boyu alkol kötüye kullanım ölçütlerini, erkeklerin %20,1'i ve kadınların %8,2'sinin yaşam boyu alkol bağımlılığı ölçütlerini karşıladıklarını göstermektedir (36).

Alkol veya madde kullanımı ve diğer psikiyatrik bozuklukların komorbiditesine yönelik epidemiyolojik ulusal komorbidite çalışmasında (NCS; National Comorbidity Study) saptanan veriler; bağımlılığı olan bireylerin %41 ila %65'inde, yaşamlarının bir döneminde bir affektif ya da anksiyete bozukluğu olduğunu göstermiştir (37). Aynı şekilde, bir affektif ya da anksiyete bozukluğu bulunanların yaklaşık %50'sinde yaşamlarının bir döneminde, bir bağımlılık bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamış ve bu bozukluklar genel popülasyonda görülme sıklığından daha fazla bulunmuştur.

Alkol veya madde kötüye kullanımı ve unipolar depresyon arasındaki bağlantıya ilişkin çeşitli kuramlar bulunmaktadır. Alkol veya madde kullanımı olanların % 80 kadar önemli bir bölümü yaşamlarının bir bölümünde depresif sendromlardan şikayetçi olmuşlardır. Bu vakalardan % 30 veya üzeri, haftalarca süren ve esaslı bir depresyon dönemi kriterlerine karşılık gelen majör depresyon ile ilişkilendirilmiştir. Fakat pek çok kişide madde kaynaklı depresyon mevcut olsa da; doğru metodolojik kontrollere tabi tutulduğunda, tek uçlu

(unipolar) depresyon ile alkol bağımlılığı arasındaki karmaşık ilişkilere rağmen belirgin bir ilişki saptanmamıştır (38).

Alkol veya madde kullanımı dönemsel olarak depresif epizodlar yaratabilir. Alkol veya madde kaynaklı depresif sendromların varlığı bir dizi kanıtla desteklenmektedir.

Birinci olarak; alkol veya madde bırakıldıktan sonraki günler, haftalar sonrasına uzanabilen ağır depresif semptomlara neden olabileceğini gösteren hem araştırma hem de klinik gözlemler mevcuttur (18). İkinci olarak; alkol veya madde kaynaklı mood bozukluklarının pek çok açıdan bağımsız majör depresif epizodlardan farklı olduklarını göstermektedir. Örneğin, her ne kadar madde kaynaklı depresyonlar fenomenolojik açıdan majör depresif epizodlarla aynı olsalar da, bu semptomu gösteren bireylerin aile öykülerinde majör depresif bozuklukların oranı yüksek değildir ve alkoliklerin çocuklarında da majör depresif sendromlara yüksek oranda rastlanmamaktadır (39). Ayrıca alkol bağımlısı kadın ve erkeklerde doğru yöntemlerle yapılan araştırmalarda kontrollere oranla yüksek seviyelerde majör depresif sendromlar görülmemiştir (40).

Madde bağımlılığı ve depresif sendromların eş zamanlı oluşumu metodolojik güçlükler nedeniyle olmaktadır. Araştırmacıların madde bağımlılığı ile geçici madde kullanımının devam eden etkilerini ayırtacak şekilde tanımlamaları son derece önemlidir. Aynı derecede önemli olmak üzere üzüntü semptomlarının, dönemsel mood gelgitlerinin, distimilerin majör depresif epizodlar mı yoksa çift uçlu bozukluk belirtisi mi gösterdiği ayırt edilmelidir. Diğer taraftan uzamış yoksunluk semptomlarına bağlı olarak distimi veya ruh değişimi dengesizliği (moodiness) azalan yoğunlukta haftalarca görülebilir (41).

Daha önce ötimik olan kişiler birkaç gün ya da haftalarca ağır dozda alkol kullandıklarında depresif sendromlar bildirilmiştir. Alkol yoksunluğu içme fazında yoğun depresif bir hal yaratmış ve içmeyi bırakmanın ardından mood sendromları alkolün bırakılmasını izleyen birkaç gün ile haftalar arasında değişen sürelerde gözle görülür gelişmeler kaydedilmiştir. Benzer şekilde ağır madde kullanımı koşullarında yapılan çalışmalarda, alkol veya maddenin bırakılmasından sonra mood bozukluklarında düzelmeye gösteren artan sayıda depresif sendrom gösterilmiştir (38).

Tedaviye başvuran madde kullananlarda yüksek oranda depresif semptomlar görülmesine rağmen, bu sendromlar hastaların oldukça büyük bir kesiminde spesifik bilişsel veya farmakolojik terapiler uygulanmaya gerek kalmadan düzelebilirler. Kısa süreli alkol tedavisine katılan bir erkek grubu üzerinde yapılan Brown ve Schuckit (1998)'in çalışmasında, programa katılım tarihinde vakaların %42'sinin ilgili depresif sendromlara sahip olduklarını, ancak alkolü bıraktıktan 4 hafta sonra ise, yalnızca % 6'sının klinik olarak depresyonda olduğu tespit edilmiştir (40). Bu durumda birincil grup alkolikler arasında tedavinin alkol almaya son verilmesinden 4 hafta sonraya bırakılması gerekmektedir, çünkü depresif sendromların belli bir zaman geçtikten sonra ortaya çıktığı sonucuna varılmaktadır. Bu yüzden hastaların tanısının konulması, tanının konduğu aşama ve zamana bağlı olarak önemlidir. Bir kısım hastanın, hastanede detoksifikasyona başlamasının ilk haftalarına oranla, programa dahil olmasından önce aktif bir içici iken depresyon tanısı konması daha muhtemeldir (42).

Sonuçta klinik araştırmalar, entoksikasyon sırasında büyük oranda mood semptomlarının oldukça yaygın olduğu ve depresif alkoliklerin içmeyi bıraktıklarında birkaç haftadan birkaç aya kadar gibi bir zamanda bu sendromların hızlıca düzeldiklerini ortaya koymaktadır.

Madde kaynaklı ve bağımsız depresif epizodlar arasındaki farklılıklar:

Alkol bağımlısı kişilerin nerede ise tümü üzüntü durumu belirtmişlerse de, yalnızca %30 ile %40 arası bir kesim tam anlamıyla madde kaynaklı ya da bağımsız majör depresif belirtiler göstermiştir (37). Bu depresyonların ne oranda madde kaynaklı olduğunun tespiti ve madde kaynaklı ve bağımsız sendromların ilişkili olup olmadıklarının değerlendirilmesi önemlidir. Eğer bu iki sendrom basitçe tek bir fenomen ise, madde kaynaklı mood bozukluklarına sahip kişilerin aile öykülerinde bağımsız depresif epizodların olması beklenecek, araştırmalar ile bu hastalıklardan herhangi birine sahip olanların çocuklarında yüksek oranda majör depresyon ya da alkol bağımlılığının gösterilmesi gerekecektir. Ayrıca madde kaynaklı ve bağımsız mood bozuklukları arasında yakın bir ilişki var ise, alkol bağımlısı kişilerin alkol alımına son verdikleri dönemden itibaren takip eden dönemde yüksek oranda bağımsız mood bozukluklarının görülme olasılığı bulunmaktadır (38).

Şiddetli depresif epizodların madde kaynaklı olanları ile bağımsız olanları klinik olarak birbirinden kolay ayırt edilemeyecek kadar benzer iseler de, madde kaynaklı değil de bağımsız mood bozukluğu olan alkoliklerde, bağımsız affektif hastalık riski ailesel olarak çapraz taşınmaktadır. Bu durum madde kaynaklı mood bozukluğu olan hastalar ile bağımsız mood bozukluğu olan hastaların birbirinden bağımsız birey grupları olduğu fikrini daha da güçlendirmektedir (43).

Alkolik ebeveynlerin çocukları artı bir depresyon riski gözetmezler. Ancak madde kullanımına dayalı problemlerin riski altında bulduklarına dikkat etmek ve gözden kaçırmamak önemlidir. Alkolik aileler ile kontrol aileleri arasında, affektif bozuklukların oranlarında farklılık olmadığı gösterilmiştir (44). Bu soruya tam ters yönden yaklaşan bir dizi araştırmada da, ilk gençlik yaşlarında majör depresif epizodlar göstermiş kişiler prospektif olarak değerlendirilmiş, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında yaklaşık olarak 30 yaşından itibaren bu gruptakilerin alkol bağımlılığı oranında kontrol grubuna göre ek bir artış gösterilmemiştir (45).

Alkol veya madde kaynaklı depresyon ve bağımsız majör depresyon, öyle görünmektedir ki; iki ayrı psikiyatrik olgudur ve her ne kadar birçok alkol kullanımında madde kaynaklı depresyon mevcut olsa da, doğru metadolojik kontrollere tabi tutulduğunda bağımsız unipolar (tek uçlu) depresyon ve alkol bağımlılığı arasında belirgin bir ilişki görülmemektedir.

Hem mizaç sendromu hem de madde bağımlılığı olan hastaların tedavisinde göz önüne alınması gereken bir dizi adım vardır. Birinci olarak; derhal tıbbi aciliyet kapsamına, özellikle alkol yoksunluklarında bakılmalıdır. İkinci olarak; sebep teşkil eden mood tanısına (madde kaynaklı ya da bağımsız olmasına) bakılmaksızın derhal psikiyatrik gerekler düşünülmelidir. Dolayısıyla aktif olarak intihara meyilli ve kendi kendini idare edemeyecek tüm hastaların mümkünse hastaneye yatırılmaları sağlanmalıdır. Bununla birlikte eğer madde kaynaklı bir sendromsa, intihar teşebbüsü genellikle kısa sürede ortadan kaybolacağından dolayı, yoğun izleme dönemi kısa tutulmalıdır. Üçüncü olarak sebep teşkil eden tanıya bakılmaksızın tüm depresyonlu hastalara, semptomlarında ilerleme sağlanana kadar kendi moodları ile baş edebilmelerine yardım edecek eğitim, bilişsel, davranışsal veya destek terapileri tavsiye edilmelidir.

Bağımsız depresyonları olanlar ile madde kötüye kullanımı olanlarda medikasyon kullanımının uygunluğu birbirinden farklıdır. Bağımsız majör depresyonu bulunan aktif alkol içicileri ile yapılan 12 haftalık bir çalışma, imipraminin içme üzerinde hiçbir etkide bulunmamakla birlikte mood bozukluğu üzerinde yardımcı olduğu gösterilmiştir (41). Depresyon ve komorbid alkolizmi olan hastalarda fluoksetinle yapılan bir 12 haftalık çalışmada plaseboya göre alkol tüketimini azaltmada ve depresif sendromlar konusunda ilerleme sağlamada daha üstün olduğu görülmüştür (46). Dolayısıyla bağımsız majör depresif bozuklukları ve alkol bağımlılığı bulunan hastaların tedavisine ilişkin tavsiyeler konusunda,

bu hastaların antidepresanlara yanıt vereceğine dair kanıtlar mevcuttur. Madde kötüye kullanımı bazı çalışmalarda kötü prognoz için belirleyici olarak gösterilmektedir. Alkolizmin affektif semptomlarının remisyonunun istatistiksel olarak anlamlı ölçüde kısaltan bir belirleyici olduğu belirtilmektedir. Kognitif davranışçı teknikleri kullanarak nüks önleme grup terapisi uygulanabilir. Psikoterapötik tedavi de, iyileşme ve nüksün ortak özelliklerini vurgulayarak, her iki bozukluğu ilgilendiren (kendine bakım, uyku sorunları gibi) konuların tartışılmasında bütüncül bir yaklaşım kullanılmalıdır (47).

Depresyonun alkolik hastalarda yaşam kalitesini etkileyen temel faktör olduğu tespit edilmiştir (48). Psikiyatrik komorbiditenin suicid fikri oluşumunda ve tamamlanmamış intihar girişimlerinde en önemli etken olduğu belirtilmiştir (49).

Özellikle kadınlarda alkol bağımlılığı sıklıkla depresyonla beraber görülmektedir. Alkol kullanımı depresif bozukluğun bir sonucu (primer depresyon) olabilmekte veya var olan alkolizme ek olarak depresyon (sekonder depresyon) gelişebilmektedir (50). Relapslar çoğunlukla negatif mood ve depresif semptomların varlığında gözlenmiştir (51). Artan depresyon derecesiyle düşük yaşam kalitesinin korelasyonu dikkat çekicidir (52,53).

Yoksunluğun 10. ve 14. günleri arasında depresif semptomlarda düzelleme izlenmiştir. DSM-IV, affektif semptomları yoksunluk veya zehirlenme dönemlerinde tespit edilmesine göre özelleştirmiştir (18).

Alkol Bağımlılığı ve Anksiyete Komorbiditesi

Anksiyete kavramı gerek yaşamın temel duygularından birisi olması, gerekse ruhsal bozuluklara neden olması açısından önemli özellik taşır. Anksiyete sözcüğü, sıkışma ve darlık anlamına gelen Hint-German dilindeki “angh” kökünden türetilmiştir. Değişik kültür ve dillerde farklı anlamlar çağırır. Örneğin; Almanca “angst” sözcüğü, İngilizce “dread” (önceden korkma) veya “foreboding” (kötü bir şey olacağını hissetme) anlamında kullanılır. İngilizce konuşulan ülkelerde “anxiety” yaygın olarak kullanıldığı gibi dünya literatürüne de bu şekilde girmiştir. Türkçe’de “bun”, “bunaltı”, “can sıkıntısı”, veya “hoşolmayan bir endişe hali” olarak tanımlanabilir.

Anksiyete, kişinin yeni koşullara uyumunu sağladığı gibi, kişinin ruhsal gelişiminin daha üst basamaklara çıkmasında itici işlev de görebilir. Anksiyete, uyum sağlayıcı ruhsal gelişimi olumlu yönde de etkileyebilir. Bunun yanında engelleyici rolü de olabilir. Örneğin; sınavlar kişilerde anksiyete yaratır. Sınavı başarmak, bir engeli aşmak olumlu bir işlevdir. Ancak; sınavda donakalmak, bildiğini unutmak gibi durumlar yine anksiyetenin ketleyici işlevi sonucu ortaya çıkar. Kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış gibi açıklamalarıyla da tanımlayabileceğimiz anksiyete kavramının, nerede patolojik nerede normal bir duygu olduğu tartışmalıdır. Bu kavram tartışıldığı halde, anksiyete durumlarının süregenleşmesi, kişinin verimini düşürmesi, kişilerarası ilişkilerde kopukluklara neden olması patolojik olarak değerlendirilir (17).

Anksiyete durumlarında kişi kendini tehlike karşısında hisseder ve otonomik sinir sistemi aktive olur. Otonomik sinir sisteminin aşırı etkinliği sonucu kan basıncında artma çarpıntı, yüzde kızarma, hava açlığı, soluk almada zorluk, sık nefes alma, yutma güçlüğü, bulantı, kusma, ishal, sık işeme, terleme, soğukluk, bacaklarda uyuşma ve karıncalanma, baş dönmesi ve titreme, bayılma hissi, kas gerginliği ortaya çıkar (16).

Eski çağlardaki insanların alkolün, anksiyeteyi azaltacağına dair inançları günümüze kadar devam etmektedir. Hipokrat 1886’da “şarap, anksiyete ve korkuyu ortadan kaldırır” demiştir. Alman Nörolog Westphal’in ise 1871’de agorafobik hastaların bira ya da şarap içerilse korktukları ortamdan rahatlıkla geçebileceğini söylediği bilinmektedir. Westphal, anksiyöz ve fobik hastalarına güvendikleri bir refakatçi, bir baston ve alkol önermiştir. Isaac Marks, 1987’de yayınladığı “Fears, Phobias and Rituals” adlı kitabında 20.yy başlarında

Zeplin yapımında çalışan ve iş koşullarında yükseğe çıkmak zorunda kalan işçilerin alkolün anksiyolitik etkisinden haberdar olduklarını ve bu amaçla alkolü kullandıklarını belirtmektedir (54). Böylece yıllar boyunca alkolün anksiyolitik etkisinin içme davranışını güçlendirdiği ve insanları patolojik içme davranışına yönlendirdiği düşünülmüştür. Bugün ise alkolün stresi azaltıp azaltmadığı konusunu tartıştığımızda, cevabın çok daha karmaşık olduğu, bireysel fizyolojik farklılıklar, tüketilen alkol miktarı, alkol ile ilgili önceki deneyimler, gerginliğin, stresin tanımı ve alkolle ilgili beklentiler gibi birçok faktöre bağlı olduğunu görmekteyiz (55).

Anksiyete semptomlarının alkol kullanımında primer veya sekonder olmasının ayırt edilmesi güçtür (18).

Anksiyete bozukluklarının alkol ve/veya madde kullanım bozuklukları ile olan komorbiditesini araştıran çalışmaların çoğu alkol kullanımı üzerine yoğunlaşmıştır. Gerilimin alkol kullanımına neden olduğunu ilk ortaya atanlar Horton ve Bales'tir. Alkol ile anksiyete arasındaki ilişkiyi ilk kez teorik bir modele oturtan kişi ise Cogner olmuştur. 1956 yılında yayınladığı ve "Tension Reduction Hypothesis (TRH)" adını verdiği hipotezinde, Cogner alkolün cesaret verici özelliklerine dikkati çekmiş ve alkol kullanımını kaçınma davranışına neden olan korkuyu azaltmasına bağlamıştır (56). TRH genel olarak hafif orta içiciler üzerinde yapılan klinik gözlemler üzerinde kurulmuş bir hipotezdir ve ortaya atıldıktan sonra ilk olarak geniş kabul görmüştür. Yıllardır geniş çaplı ve çok sayıda araştırma yapılan ve çok tartışılan bir teoridir. Yıllar sonra bu tartışmaların ışığında Schuckit; alternatif bir hipotez sunacaktır; eğer az miktarda alkol hafif anksiyeteyi azaltabiliyorsa o zaman alkoliklerde şiddetli anksiyetelerine çözüm olarak yoğun alkol kullanabilirler. TRH'ni destekleyen ve desteklemeyen teorisyenlerin olmasına karşın, ortaya konulduğu dönemde bütün disiplinlerin özellikle de psikanalistlerin ve davranışçıların birlikte onayladıkları nadir kuramlardan biri olmuştur. Psikanalistler süperegonun alkol ile çözüldüğüne inanmakta, davranışçılar ise anksiyete azaltıcı yönüne alkolün, hastalıklı davranış üzerindeki olumsuz pekiştirici etkisine dikkat çekmişlerdir (56). Bu modelin geçerliliği insan ve hayvan deneyleriyle sınanmış, hayvan deneylerinin bir çoğu desteklerken insan deneyleri desteklememiştir. Hayvan deneyleri genellikle ödül-ceza üzerine kurulmuş şartlı refleks olayları üzerinden yürütülmüştür. Bu deneylerde hayvanlara alkol verildiğinde baskılayıcı olduğu, kaçınan davranışların azaldığı, hayvanların cezalara karşı daha aldırılmaz olduğu gözlenmiştir. İnsanlarla yapılan çalışmalarda ise deneysel ortamlarda verilen alkolün genellikle ters etki yaptığı, anksiyeteyi azaltacağına arttırdığı şeklindeki yayınlar daha ağırlıktadır (57).

1960 ve 1970'li yıllarda yapılan çalışmalarda, alkolün anksiyete üzerinde bifazik etkisi olduğu, yani düşük dozlarda gösterdiği anksiyete giderici etkiyi yüksek dozlarda göstermediği öne sürülmüştür (56). Thyrer ve arkadaşları, 1986'da 22 ağır fobik hastanın yarısına alkol, yarısına plasebo vererek anksiyetenin şiddetini ölçmüşler, her iki grupta da anksiyete, taşikardi ve kaçınma davranışında azalma saptamışlardır (58). Hem bilim dünyası hem de toplumun büyük çoğunluğu tarafından alkolün anksiyeteyi azaltıcı etkisine inanılmasına rağmen yıllardır bu kuramı desteklemek amacıyla yapılan araştırmalar çelişkili sonuçlar ortaya koymuştur. Yapılan çalışmaların bir kısmı alkolün anksiyeteyi azalttığını bir kısmı ise hiçbir etkisinin olmadığını göstermiştir. Bu sonuçların farklılıklar göstermesinin nedeni yöntemlerden kaynaklanır. Alkol alımı, anksiyetenin ölçüm yöntemi, çevre koşulları, örneklem gibi değişkenler, araştırmaları yorumlamayı ve genelleme yapmayı güçleştirmektedir (54,55,56,59).

Anksiyete bozukluklarının mı alkol kullanımına neden olduğu, yoksa alkol kullanımının mı anksiyete belirtilerine neden olduğuna ilişkin tartışmalar günümüzde sürmektedir. Schuckit ve arkadaşları (1990), alkol yoksunluk sendromunun akut dönemine dikkat çekmiştir (60). Alkol yoksunluk sendromunun akut döneminde; anksiyete, uykusuzluk, titreme, gerginlik hissi, huzursuzluk gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. Anksiyete, duygusal

değişkenlik, otonomik aktivite artışı, uyku bozukluğu, iritabilite, huzursuzluk gibi bulgular alkol yoksunluğunun ilk günlerindeki şiddetini kaybetmekle beraber, haftalar ya da aylar boyunca sürebilmektedir. Çeşitli yayınlardan alıntılar yaparak desteklediği hipotezinde Schuckit, alkol yoksunluk döneminin ilk ayları boyunca görülen birçok psikolojik ve bedensel belirtilerin alkol yoksunluk sendromunun subakut döneminin bir parçası olduğunu ileri sürmüştür. Alkol yoksunluk dönemi boyunca anksiyete şiddetini ve belirtilerini araştıran çalışmalar; bu dönemin başından itibaren başlayan anksiyete belirtilerinin şiddetinin zaman içerisinde azaldığını fakat tam olarak kaybolmadığını ortaya koymuştur (61,62,41). Bu konuda ilginç bir çalışmada da, hem alkol bağımlısı hem de panik atak geçirdikleri bilinen 11 hastaya, 29 maddeden oluşan bedensel ve bilişsel belirtilerden oluşan bir liste verilmiş, hastalar titreme belirtisi dışında hiçbir belirtinin panik atak ya da alkol yoksunluğuna ait olup olmadığını ayırt edememişlerdir (63).

Bağımlılıkta komorbidite hakkında yapılan en erken çalışmalar, fobik hastaların anksiyete bulgularını kontrol altına alabilmek için alkol kullandıklarını bildiriyor. Örneğin Bibb ve Chambless, 1986 yılında alkolik olan agorafobik hastaların 1/3 kadarının anksiyete bulgularını hafifletmek için alkol kullanmaya başladıklarını bildirmişlerdir (64). Bu hastaların çoğunluğu (%91) alkolü fobik korkularını kontrol edebilmek için, %77'si ise anksiyolitik etkisi için içtiklerini bildirmişlerdir. 1984'te Smail ve arkadaşları da benzer sonuçlar bildirmiştir (65).

Samarisinghe ve arkadaşları, ise bu bulgulara zıt olarak nevrotik hastaların anksiyolitik etkilerinden yararlanmak amacıyla düzenli olarak alkol kullanmadıklarını göstermişlerdir (66). Bu çeşitli bulgu ve hipotezleri araştıran Schuckit, 1995 yılında alkol bağımlılığı/kötüye kullanımı ile anksiyete bozuklukları arasındaki bağlantıları inceleyen araştırmaların tümünü eleştirmiştir. Schuckit'e göre bu araştırmaların büyük çoğunluğu alkol bağımlılarındaki anksiyete bozukluklarının, alkol tedavisi amacıyla yatmakta olan ve alkol yoksunluk döneminin ilk birkaç haftası içerisinde olan hastalar arasında saptayan çalışmalardır. Bu nedenle Schuckit, bu çalışmalarda görece yüksek olarak saptanan anksiyete ve hatta duygudurum bozukluklarının alkol bağımlılığından ayrı ve birincil bir bozukluk olmaktan çok alkol yoksunluk sendromunun subakut döneminin klinik görünümü olduğunu öne sürmüştür. Yine Schuckit'e göre yatarak tedavi gören alkol bağımlılarında anksiyete ve duygudurum bozukluklarının görece yüksek çıkmasının önemli nedenlerinden biri de bu tür hastaların yardım ve tedavi arayışlarının, benzer belirti ve bozuklukları olmayan alkol bağımlılarına göre daha yüksek olmasıdır (41).

Yapılan alan araştırmalarında, alkol bağımlılığına eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıkların oranı, yatarak tedavi gören alkol bağımlılarında yapılan klinik çalışmaların sonuçlarına göre daha düşüktür (67,68,69). Son yıllarda bu görüşü destekleyen çalışmalar yapılmış ve bu görüş "maddeye bağlı artefakt hipotezi" olarak adlandırılmıştır (19,70, 34).

Alkol bağımlılığına eşlik eden bozuklukların varlığını açıklayan başka görüşler de vardır;

Kendi kendini tedavi hipotezi (Self Medication Hypothesis): Alkol kullananlarda eşlik eden bozuklukların görece yüksek oranlarda olmasını; beraberinde veya öncesinde psikiyatrik bozuklukları olan kişilerin rahatsızlıkları ile başa çıkmak için alkol kullandıkları ve zaman içinde bağımlılık geliştiği görüşü ile savunmaktadır. Hastalar duygudurumlarını değiştirmek dayanılmaz anksiyetelerini azaltmak, bazı bilişsel bozukluklar ile başa çıkmak için bu maddeyi kullanmaya başlarlar. Kendi kendini tedavi hipotezinin kökleri, kontrollü çalışmalardan çok, bireysel ve dinamik yönelimli psikoterapi ve psikanalizlerden toplanan gözlemlerle desteklenmektedir (19).

Genetik: Alkol ve anksiyete bozuklukları ile ilgili çalışmalarda ailesel ilişkiler ortaya konmaya çalışılmıştır. Yapılan bazı çalışmalar, panik bozukluk ile alkol bağımlılığı arasında ve aile ile güçlü ilişkinin varlığı gösterilmiştir (70, 27).

GABA'erjik sistem: Alkolün GABA'erjik sistem üzerinde anksiyolitik etki gösterdiği öne sürülmektedir. Son yıllarda alkol bağımlılarında anksiyete bozukluklarının birlikte görülmesinin bu sistemdeki bozukluğa bağlı olabileceği görüşün belirtilmektedir (71).

Aralarındaki benzerliklere rağmen, alkol sorunları ile anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkinin her bir anksiyete bozukluğu için farklı olduğu düşünülmektedir. Kushner ve arkadaşlarına göre agorafobi ve sosyal fobideki alkol problemleri daha çok bireylerin anksiyete semptomlarını kendi kendine tedavi etmeye kalkmalarından kaynaklanırken, bunun tam tersi olarak panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu patolojik alkol kullanımının bir sonucu olarak ortaya çıkıyor olabilir (56). Basit fobiler ise alkolizm riskini arttırmamaktadır (72,73,74). Yapılan iki deneysel çalışmayla alkol tüketimiyle basit fobik anksiyetenin azalmadığı gösterilmiştir (75, 76). Alkol ve/veya madde kullanım bozuklukları ve anksiyete bozukluklarının birlikte görülme oranları her ikisinin de alt tipleri için farklılıklar gösterse de yapılan çalışmalar birisinin varlığında diğerinin de görülme riskinin yaklaşık 3 kat daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu yüksek eş tanı riskini ve iki tanının kronolojik ilişkisini açıklamaya çalışan üç hipotez ortaya atılmıştır;

- 1) Anksiyete bozukluğu alkol ve/veya madde kullanım bozukluğuna sebep olmaktadır.
- 2) Alkol kullanım bozukluğu anksiyete bozukluğu oluşmasına neden olmaktadır.
- 3) Üçüncü bir değişken (ailesel/genetik faktörler gibi) hem anksiyete bozukluğu hem de alkol kullanım bozukluğunun aynı anda gelişmesine neden olur (77, 78, 79).

Anksiyete bozuklukları ve alkol ve/veya madde kullanım bozuklukları arasındaki nedensel ve kronolojik ilişki çeşitli hipotezlerle tartışılmaya devam ederken , her ikisinin de bulunma olasılığını yansıtan rakamların yüksekliği tartışılmazdır. Kushner ve arkadaşları 1990 yılında, anksiyete bozuklukları ile alkol problemlerinin komorbiditelerini ve toplumda görülme oranlarını inceleyen literatürleri gözden geçirerek şu verileri sunmaktadırlar: Alkol kullanım bozukluğu olanlarda agorafobi %2,4-42,2; basit fobi % 6,2-17; panik bozukluk %2,4-10,8; yaygın anksiyete bozukluğu %8,3-52,6; obsesif kompulsif bozukluk %2,7-12 oranında görülmektedir.(56) Anksiyete bozukluğu olanlarda ise alkol problemlerinin görülme oranları ise: agorafobide %7-27; panik bozuklukta %7,2-8 olarak saptanmıştır. Toplum örneklemelerinde ise agorafobi %5,9, basit fobi %11,4, panik bozukluk %1,4 olarak görülmektedir. İlginç olarak; alkol kullanım bozukluğu olan grupta yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu sık görülürken, yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu olgularında ise alkole bağlı sorunlar sık görülmemektedir.

Tablo 1. Alkol bağımlılarında eşlik eden anksiyete bozuklukları ile ilgili çalışmalar

Araştırma	n	Cinsiyet	Tanı	Eştanı	Yaşam boyu (%)
Winokur ve Holeman, 1963 (86)	31	K+E	Anksiyete nörozu	Alkol kötüye kullanımı	6,1
Woodruff ve ark., 1972	62	K+E	Anksiyete nörozu	Alkolizm	5 25
Amies ve ark., 1983(88)	87 57	K+E	Sosyal fobi Agorafobi	Alkol kötüye kullanımı	20 7
Thyer ve ark., 1986(89)	156	Veri belirtilmedi	Agorafobi Panik bozukluğu Basit fobi Yaygın anksiyete boz.	Alkol problemi	27 8 36 10
Chambles., 1986(70)	254	K+E	Agorafobili panik atak	Alkolizm	21
Brier ve ark., 1986(92)	150	K+E	Agorafobili panik atak	Alkolizm	17
Reich ve Chaudry., 1987(93)	61	K+E	Panik bozukluğu	Alkolizm	28
Otto ve ark., 1992(95)	100	K+E	Panik bozukluğu	Madde kullanımı	24
Katherdal ve ark., 1997(96)	107	Veri belirtilmedi	Panik bozukluğu	Alkol kullanımı ve Yasa dışı ilaç kullanımı	39 10,6

Alkol Bağımlılığında Yaşam Kalitesi

Yaşam koşulları düzeldikçe ve bilim ilerledikçe, yaşam süresi de uzamaktadır. Hastalarına yaşamları konusunda yardımcı olabilmeleri için günümüz hekimlerinin hastalığın ya da tedavinin hastayı ne derece etkilediği konusunda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü; sağlığı, yalnızca hastalığın bulunmayışı olarak değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halinin varlığı şeklinde de tanımlanmasını öngörür. Yaşam kalitesi, kişinin kendi durumunu, kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlanmıştır. Bu kavram içinde fiziksel sağlık, ruh sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre etkenleri ve kişisel inançlar öznellik temelinde yer alır. Çünkü yaşam kalitesi genel anlamda, bireysel iyi oluşu tanımlamak için sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenlerle belirlenir (80).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi hasta merkezlidir, hastanın görüşlerini vurgular. Hastaları sadece olgular olarak değil, hastalıkla ilgili olmayan yaşam alanları olan bireyler olarak da ele alır. Sağlık personeli; genellikle tüm sorunları, var olan hastalıkla ilgili ele alma eğilimindedir. Yaşam kalitesi, hastalıkların mekanik tedavisi ve semptomların iyileştirilmesinde yoğunlaşan günümüz tıbbına hümanistik bir bakış açısı getirmektedir. Hastanın sorunlu yaşam bölümünü tanımlamaya yardım eder. Geleneksel klinik ve biyokimyasal değerlendirmelere yaşam kalitesi ölçütlerinin eklenmesi, sağlık çalışanlarının tedavi ve ortamın etkilerini anlamalarını sağlayacaktır (80).

Yaşam kalitesinin ölçümü yeni bir konu değildir. 1800'lerin başlarında Bentham, tanımlayıcı psikoloji ile ilgili yazısında psikiyatride yaşam kalitesinin ölçümü konusunda ilk adımları atmıştır. O'na göre; doğa, insanoğlunu ağrı ve haz gibi iki ana duygunun egemenliği altına sokmuştur. Daha sonra bunların yerini yeti yitimi ve yaşam kalitesi almıştır. Bunu izleyerek 1920 ve 1930'da Thurstone ve Lilert, günümüzde de kullanılmakta olan yaşam kalitesi ölçekleri geliştirmişlerdir. Yaşam kalitesi kavramını ilk kez Thorndike, sosyal

çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak tanımlamıştır. Andrew ve Withey yaşam kalitesi kavramını, bireylerin doyum ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi, Weinstein ve Frankel ise bireyin kendi yaşamında doyum bulması ve mutluluk kapasitesi olarak tanımlamışlardır.

Yaşam kalitesi kavramını açıklamak ve sınırlamak için sosyal, psikolojik göstergeler ve yaşam olayları gibi farklı tanımlamalar kullanılmıştır. Burtchard'a göre yaşam kalitesi tanımı; yaşamdan doyum bulma, bireylerin fiziksel ve ekonomik yönden iyi olması, bireyler ile iyi ilişkiler kurulması, toplumsal, vatandaşlık ve medeniyete ait davranışlarda sosyal güç ve yeterliliğine sahip olması, bireylerin kendilerini geliştirmeye ve eğlenmeye zaman ayırması şeklindedir. Shin, Johnson ve Patterson yaşam kalitesinin tüm yönlerini değerlendirmede gerekli olduğu varsayılan özellikleri saptayarak farklı bir yaklaşım geliştirmişlerdir. Bu özellikler; genel sağlık, performans durumu, genel rahatlık, ekonomik durum ve sağlık durumunu kapsamaktadır.

Yaşam Kalitesinin Göstergeleri:

Objektif göstergeler: Fiziksel iyilik hali yaşam kalitesinin objektif göstergeleri arasında yer alır. Bireyin hangi durumda olursa olsun, yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziksel dayanıklılık isteyen aktiviteleri ve günlük yaşam aktivitelerini ve öz bakımını yerine getirebilmesinin yanında bunların yeterli düzeyde olması ve kişinin bu durumdan doyum bulması önemlidir.

Subjektif Göstergeler: Psikolojik iyilik hali bireyin subjektif yaşam kalitesi göstergelerinin ifadesidir. Bunlar yaşam doyumunu, psikolojik etki ve duygusal iyilik hali olup, yaşam deneyimlerinin subjektif olarak değerlendirilmesi ile elde edilir. Psikolojik göstergeler içinde bireyin kendi yaşamını değerlendirmesi temel etmendir. Bu anlamda yaşam kalitesi kişinin değerlendirdiği öznel bir doyum ya da sonuçtur.

Testa ve Siminson yaşam kalitesinin sosyal, psikolojik ve fizyolojik olarak üç başlıktan oluştuğunu böylelikle yaşam kalitesinin farklı hastalık durumlarında ve farklı popülasyonlarda anlamlı kıyaslamalar yapılarak ele alınabileceğini savunmuşlardır (1).

Longabaugh ve arkadaşları, 1994 yılında alkol bağımlılığında yaşam kalitesini incelemiş ve ilgili üç alan tanımlamışlardır. Bu alanlar; kullanılan alkol miktarı ve bağımlılık düzeyinin belirleyici olduğu "klinik durum", kullanıcının bakış açısının temel olduğu "bağımlılığa özel sorunlar" ve son olarak da sosyal ilişkiler ve çevre desteğiyle ilişkili olan "genel fonksiyonlar" dır (2).

Bağımlı hastaların subjektif iyiliğini değerlendirmek için yöntemsel güvenilirliği olan çok az meteryal bulunmaktadır. Genellikle bağımlıların subjektif iyilikleri tedavi programlarında nadiren ele alınmıştır. Ancak son yıllarda özellikle bağımlılarda kendi sağlıkları ve hastalıklarının seyri konusundaki görüşlerinin profesyonel perspektiften farklı olduğu görülmüştür. Artık güncel tedavilerde madde kullanımından kaçınma tedavinin ana hedefi değildir. Fiziksel sağlık, sosyal ve kişisel işlerliğin geliştirilmesi, ruhsal sağlık da tedavi programlarının hedefleri arasındadır (81).

Alkol bağımlılarında yaşam kalitesi hem yoğun alkol alımı sırasında hem de takip eden tedavi döneminde sıklıkla bozulmaktadır (82). Alkolizmin yol açtığı hastalıklar (83,84), iş kaybı ve zayıf iş performansı ile ilişkili azalan sosyoekonomik statü (85) ve komorbid psikiyatrik hastalıklar ile ilişkili zayıf duygusal durumlar (86) alkol bağımlılarında yaşam kalitesi için birer risk faktörüdür.

Alkol yoksunluk döneminden sonra ise nikotine veya başka maddelere bağımlılık, artık alkol kullanmayan bu kişilerde yaşam kalitesinde bozulma yaratmaktadır. Alkol bağımlılığında sigara kullanımı çok yaygındır. Sigara, fiziksel aktiviteyi sınırlandırarak ve kronik akciğer hastalığı riskini arttırarak hem alkol kullanan hem de bırakmış olan alkol bağımlılarında yaşam kalitesini olumsuz etkileyecektir (87,88).

PRIME-1000 projesinde alkol bağımlılığının affektif, anksiyete veya yeme bozuklukları ile komorbiditesinde yaşam kalitesi ölçümlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (89).

Volk ve arkadaşları, 1997'de alkol kötüye kullanımı olan kişilerde yaşam kalitesi ölçümlerinde alkol kullanmayan popülasyona göre farklılık saptamaz iken, bağımlılarda düşük ölçümler tespit etmişlerdir (90). Alkolü bırakmanın ardından yaşam kalitesinde gelişimler gözlenmiş (91,92) ve bu gelişimin zamanla kararlı bir düzeye geldiği gösterilmiştir (93).

Nothingham Health Profile (NHP) projesinde, alkol ve madde sorunları olanlarda yaşam kalitesi toplam puanlarının düşük olduğu ve NHP'nin uyku, sosyal izolasyon, ağrı, fiziksel hareketlilik, enerji ve duygusal tepkiler alanlarıyla yüksek ilişki saptanmıştır (3).

Araştırmalara göre alkol bağımlısı birçok kişide eş zamanlı psikiyatrik sorunlar bulunmaktadır. En sık görülen eş tanılar anksiyete bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu ve duygudurum bozukluğudur. Eşlik eden anksiyete bozukluğu en sık olan gruptur. Anksiyete bozuklukları içerisinde fobik, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, PTSD ön sırayı paylaşır. PTSD'nin alkol bağımlılığıyla ilişkisi ve bu durumun yaşam kalitesine olan ciddi etkisi çalışmalarda gösterilmiştir (9).

Alkol bağımlılarında yapılan bir çalışmada bağımlıların SF-36 yaşam kalitesi alt grup puanları kontrol grubuna göre birçok alanda daha düşük bulunmuştur (90). SF-36 kullanılarak bağımlılarda yapılan çalışmalarda kontrol gruplarına ve genel nüfusa göre bağımlıların daha düşük puanlar aldığı saptanmıştır (94,95,96). Bağımlılarda yaşam kalitesinin daha düşük ve sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanıldığı bildirilmiştir.

Bu konudaki tedavi izleme çalışmalarında ise uzun süre alkol veya madde kullanmayan remisyonadaki bağımlılarda yaşam kaliteleri tedavi başlangıcına göre artmıştır (97). Almanya'da 6 yıllık takip çalışmasında 4 yıldır alkol içmeyenlerde %65 oranında yaşam kalitesinde iyileşme olmuştur (91).

Evlilik ve sosyal desteğin alkol bağımlılarında yaşam kalitesi üzerine yararlı etkileri gösterilmiştir (98,99). Anonim alkolikler gibi destek gruplarına katılımın remisyon süresini uzattığı gözlenmiştir (100). Hornquist ve Akerlind, 1987'de yalnız olma, düşük kendine güven veya yalnızlık algısının yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermişlerdir (101).

Depresif semptomların belirgin olması alkol bağımlılarında yaşam kalitesinde düşük subjektif göstergelerle seyretmektedir. Depresif ve depresif olmayan alkol bağımlısı kadın hastaların incelendiği bir çalışmada; depresif kadın bağımlılarının aile ilişkileri temel olmak üzere tüm alanlarda depresif olmayanlara göre daha çok desteğe ihtiyaç duydukları ve sık hastane başvurularının olduğu gözlenmiştir (8).

Alkole başlama yaşı, bağımlılık süresi, içme paterni, geçmiş yoksunluk deneyimleri, önceki detoksifikasyon tedavilerinin sayısı ve relaps nedenlerinin de yaşam kalitesini etkileyebileceği ileri sürülmüştür (102).

Alkol bağımlılarında yaşam kalitesinin temel belirleyicilerinin, önem sırasına göre, bağımlılık şiddeti, iş durumu, psikiyatrik öykü, kullanılan alkolün sıklığı ve miktarı, anonim alkolikler (AA) başvurusu, genel sağlık durumu, yaş, cinsiyet ve eğitim durumu olduğu belirtilmiştir (8).

Yaşam kalitesi ölçeklerinden olan SF-36 ile yapılmış olan birçok çalışmada, alkol bağımlısı kişilerin yaşam kalitesi profiline bakıldığında belirgin eksikliklerin sosyal ilişkiler, ruh sağlığı alanlarında, kısmi bir eksikliğinde fiziksel sağlık alanında olduğu, dolayısıyla toplam yaşam kalitesi ölçümlerinin genel popülasyona göre düşük olduğu tespit edilmiştir (5,90,103,104).

Anjina, astım, anksiyete bozukluğu gibi dahili ve psikiyatrik hastalıklarla kıyaslandığında alkol bağımlılarının yaşam kalitesi ölçümlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (105).

Uyku bozukluklarına alkol bağımlılarında sıkça rastlanmaktadır (3,106,107,108,109,110,111,112,113). Bu durum alkol bağımlılarının yaşam kalitesinde olumsuz bir etkiye sahip olmakta (13,109,114,117), relaps için önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır (3,107,114,111).

Alkol bağımlılarında yaşam kalitesinin detoksifikasyonu takip eden haftalarda pek değişmeyebileceği, hatta bozulma gösterebileceği ifade edilmiştir (3,93,115). Yaşam kalitesinin izlendiği bir çalışmada, alkol bağımlısı hastalar detoksifikasyonu takiben 12 hafta gözlenmiş, bu süreçte alkol kullanmayan kişilerin yaşam kalitesi ölçümlerinde başlangıç değerlere göre düzelme olduğu ancak bu düzelmelerin “zayıf” veya “sınırdan” aralıklarda kaldığı tespit edilmiştir. Bunun biliniyor olması hem hastanın hem de hekimin beklentileri açısından önemlidir. (116)

Yaşam kalitesi ölçümlerinin kullanım alanları giderek artmaktadır. Bireysel hasta bakımı sırasında oluşabilecek psikososyal problemlerin izlenmesi ve taranmasında, bilinen sağlık sorunlarına yönelik toplum tabanlı çalışmalarda, tıbbi değerlendirmelerde, sağlık hizmetlerinin değerlendirildiği araştırmalarda, özellikle kronik hastalıklarda hastalığın seyirinin izlenmesi ve tedavi yönteminin belirlenmesinde, klinik araştırmalarda ve kullanım maliyeti analizlerinde kullanılmaktadır. Yaşam kalitesi ölçümleri hastaların özel dikkat isteyen ihtiyaçlarını tespit etmekte yaygın olarak kullanılmaktadır.

Alkol Bağımlılığında Yetiyitimi

Yetiyitimi bedensel ve ruhsal hastalıklara bağlı olarak kişinin iş - güç görememe halidir. Temel yaşam faaliyetlerini aksatan, hukuki ve klinik yönlerden önemli olan bir durumu tanımlar (117). Ruhsal hastalıklarda yetiyitimi kavramı psikopatoloji ile işlevselliğin birbirinden ayrı olarak değerlendirilmesi temelinde gelişmiştir. Yetiyitimi, psikiyatrik tanı ile ilişkili olmakla beraber ondan bağımsızdır. Tanı, hastalığı tanımlar iken; yetiyitimi hastalığın sonuçlarını tanımlamaktadır. Ruhsal bozukluk belirtileri ile sosyal yetiyitimi arasında kesişim olabildiği, bunu önlemek için iki değişkenin ayrı ayrı ve birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (118,119).

1950 ve 1960’lı yıllarda yapılan çalışmalar tedavi sonucunda belirti şiddetinin azaltılmasına odaklanmıştır. Oysa, hastalık belirtileri çok fazla olan kimi hastalar iş ve sosyal yaşamlarını görece iyi düzeyde sürdürebilirken, belirti sıklığı ve şiddeti az olan bazı hastaların ağır yetiyitimine uğrayabildikleri görülmüştür. Hastaların sosyal işlevselliğine olan ilginin artmasıyla birlikte sosyal uyumun değerlendirilmesi için ölçekler geliştirilmiştir. Bu alandaki ilk ölçekler, ilaç tedavisi önerilerek taburcu edilen şizofreni hastalarının hastane sonrası uyumunu değerlendirmek için kullanılmıştır (118). Bu tür ölçekler, ruhsal bozuklukların gidişinin izlenmesi, tedavi sonuçlarının ya da koruyucu ilaç çalışmalarının değerlendirilmesi, epidemiyolojik toplum taramaları, ruh sağlığı hizmetlerinin planlanması gibi alanlarda da kullanılmaya başlanmışlardır. DSM-III’ den (120) itibaren hastanın sosyal ilişkiler, meslek ve boş zaman değerlendirme alanlarındaki uyumu ayrı bir eksen olarak tanımlanmıştır. DSM-IV’de işlevsellik beşinci ekseninde Genel İşlevsellik Değerlendirmesi Ölçeği ile değerlendirilmektedir (121).

Yetiyitiminin ölçülmesi çok boyutlu bir süreçtir. Beden bütünlüğü ve işlevlerinin yanı sıra bireyin faaliyetlerini ve çevreyle ilişkisini de kapsamaktadır. Yetiyitimi ölçekleri geliştirilirken hangi alanların ölçülmesi gerektiğine ilişkin bir uzlaşma bulunmamaktadır. Kullanılan terminoloji, ölçeğin teorik çatısı, ölçülmeye çalışılan alanlar, değerlendirme stratejileri arasında belirgin farklılıklar vardır. Sosyal, uyumsal ve bilişsel işlevler, günlük faaliyetler, yaşam kalitesi gibi farklı alanları ölçmeyi hedefleyen; kimi iş performansı gibi daha yüksek dereceli becerileri, kimi daha basit temel işlevleri ölçmeyi amaçlayan, hedef kitlesi, formatı, skorlaması, uygulama süresi değişen çok çeşitli araçlar mevcuttur (122). Oldukça sık kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçeği (123), Kısa Yetiyitimi Anketi (124) gibi araçlar

inceledikleri alanlarla sınırlı ölçümler yapabilmektedirler. Yetiyitimi alanında kullanılan ölçeklerin farklı kültürlerde geçerliliklerinin değerlendirilmesi gerekmektedir ve bu yetiyitimi araştırmalarında en önemli sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Yayınlarda değişik ve çelişkili sonuçların bulunması, standartlaştırılmamış ve uluslararası geçerlilik ve güvenilirlik kazanmamış yöntemlerin kullanılmasına bağlanabilir (122).

Alkol bağımlılarında belirgin bilişsel işlev bozukluğu ve sosyal yetiyitimi saptanmıştır. Bilişsel işlev bozukluğu ile yetiyitimi arasında ise bir ilişki gösterilememiştir (125).

Bağımlılık tedavisinin devam ettiği kişilerde en yüksek yetiyitimi beraberinde psikiyatrik hastalığı olan kişilerde bulunmuş (%10,3), eşlik eden fiziksel hastalığı bulunanların yetiyitiminin bu oranı takip ettiği saptanmıştır (hareket kısıtlılığı; %3,7, görme kaybı; %9,5, işitme kaybı; %1,4) Araştırmacılar eşlik eden psikiyatrik ve fiziksel hastalıkların yetiyitimini arttırmaları nedeniyle, böyle bir populasyonda bağımlılık tedavisine ek olarak psikiyatrik ve fiziksel hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunun yürütülmesinin önemini vurgulamışlardır (126).

YÖNTEM VE ARAÇLAR

Örneklem

Bu araştırma, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, AMATEM (Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi) biriminde Haziran 2005 ile Mayıs 2006 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmaya ardışık olarak, yatarak tedavi ve takip edilen ve ayaktan poliklinik başvurusu olan DSM-IV Madde bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılayan alkol bağımlılığı tanısı almış, anksiyete ve depresyon düzeyleri ölçülerek üç ayrı grupta toplanan anksiyete ve depresyonu olmayan grup, anksiyete grubu ve depresyon grubu olarak adlandırılan her grupta 50 hasta olmak üzere toplam 150 hasta alındı.

Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul eden ve aşağıda belirtilen dışlama ölçütlerini karşılamayan hastalar araştırma grubuna alındı.

Görüşmeler üç aşamalı olarak yapıldı. Araştırmaya alınan hastalara ilk aşamada yapılandırılmış sosyodemografik form ile beraber SCID-1, Alkol Kullanım Bozukluğu Tanımlama Testi (AKBTT), Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği (ADÖ), Yetiyitimi Ölçeği (YÖ), Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ), Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ) verilerek tedavinin üçüncü ve altıncı haftasında Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Yetiyitimi Ölçeği tekrar uygulandı.

Detoksifikasyon süresi esrar için 2-3 gün, eroin için 7-10 gün, sedatif-hipnotikler için 8 gün, kokain için 3 hafta olduğu, ayrıca alkol ve maddenin kesilmesi sonrasındaki ilk 1-2 haftada anksiyete ve duygudurum bozukluklarına daha sık olarak rastlandığı (124) dikkate alınarak ilk değerlendirme yoksunluk belirtileri kaybolduktan sonra (detoksifikasyonun 15. gününden sonra) yapıldı ve ölçekler uygulandı.

İlk görüşmede; madde bağımlılığı tanı ölçütleri, dışlama ölçütleri, araştırmaya kabul etme, yoksunluk belirtileri değerlendirildi. Gönüllü olarak çalışmaya kabul edenler için hazırlanan onay belgesi imzalatıldı ve her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı, çalışma içerisinde isminin geçmeyeceği, çalışmaya katılmaktan herhangi bir zamanda ayrılabilceği, ayrıldığı veya çalışmaya katılmadığı durumda tedavi programının etkilenmeyeceği belirtildi.

Dışlama kriterleri:

- 1)Mental Retardasyon bulunması
- 2)Demans ve diğer organik mental bozukluğun olması
- 3)Alkol Bağımlılığı, Majör Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu dışında psikiyatrik tanı almış olması
- 4)Madde bağımlılığının olması
- 5)Diyabet, hipertansiyon gibi organik rahatsızlıklarının olması
- 6)Deliryum olması

Çalışmada kullanılan gereçler

Sosyodemografik Veri Formu: Çalışmanın amaçları gözönünde bulundurularak sosyodemografik bilgileri almak ve klinik özelliklerini değerlendirmek araştırmacılar tarafından hazırlanan bir form kullanıldı. Form; yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, tercih maddesi, kullanım şekli, kullanım süresi, sosyal güvence, sosyal destekler, yatış sayısı ve tedavi öyküsünden oluşmaktadır.

DSM-IV ölçütlerine göre Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I): 1997 yılında First ve arkadaşları tarafından yapılandırılmış bir klinik tanı

koyma aracı olarak geliştirilen SCID-I, deneklerde kişilik bozukluklarının eşik altı ve eşik üstü olarak değerlendirilmesi için uygulandı (127). Eşik üstü DSM IV ölçütlerini doldurduğunu ifade etmektedir. Kesin tanı klinisyenin görüşmesi sonrası yaptığı değerlendirme ile konur. 1999 yılında Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlilik güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (128).

Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi – AKBTT (Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT): Alkol kullanımı olan topluluklarda alkolün bireye olan zararlarının belirlenmesi ve bu kişilerin tanımlanması için geliştirilmiştir (129,130,131). Aşırı alkol tüketimi olan kişilere tanı konamayabilir ve oluşan belirtiler veya sorunlar içme davranışına bağlanmayabilir. AKBTT bu kişilerin belirlenmesini sağlayabildiği gibi içmenin riskini, zararlı içmeyi ve alkol bağımlılığını da tanımlar. Bu test, 6 farklı ülkede Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından alkol kullanımının zararlarını ölçmek amacıyla oluşturulan projenin sonucunda geliştirilmiştir (129,130,132). İlk olarak 1989 yılında DSÖ tarafından yapılan ölçeğin son şekli Babor ve arkadaşları (2001) tarafından düzenlenmiştir (131). İçme alışkanlığı, alkol tüketimi ve alkole ilişkin sorunları saptayan 10 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin ilk üç sorusu tehlikeli alkol kullanımını, 4., 5. ve 6. sorular bağımlılık belirtilerini, son dört soru zararlı alkol kullanımını göstermektedir (131,133). Ölçek toplam puanı 40 olup populasyon çalışmalarında 8-11 arasında değişen farklı kesme noktaları bulunmakla birlikte önerilen kesme noktası 8' dir. Aynı ölçeğin kendini değerlendirme şekli de bulunmaktadır. AKBTT için önerilen kesme noktası alkolden zarar görme düzeyini belirler. Pek çok ülkede yapılan çalışmada kesme noktası 8 olarak önerilmiştir (131,134,135). “Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT)” nin Türkçe düzenlenmiş şeklinin geçerli ve güvenilirliği Saatçioğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (136).

Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği (ADÖ) - (Anxiety Sensivity Inventory, ASI): Anksiyete duyarlılığı ölçeği (137) anksiyete semptomları veya sonuçlarının oluşturduğu korkuyu ölçer. Bireylerin, ciddi hastalık, utanma kaynağı veya kontrolü kaybetme gibi anksiyete semptomları geliştirdiği durumların derecesini değerlendirmektedir. ASI 16 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek maddeleri 0 (yok) ve 4(ciddi olarak var) aralığında 5 puanlık likert tipi skaladan oluşmaktadır. ASI her bir maddenin puanının toplamıyla ölçülür ve toplam puan 0 ila 64 arasında değişmektedir. ASI 'nin Kısa Panik Bozukluk Değerlendirmesi adında 4 maddelik bir formu da geliştirilmiştir (138). Bu ölçeğin puan aralığı ise 0 ile 16 arasında değişmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Dilbaz ve Güz tarafından 2001 yılında yapılmıştır (139).

Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) - (Hamilton Depression Scale, Ham-D): Hamilton'un 1960 yılında geliştirdiği 17 maddeli ölçek kullanılmıştır (140). Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik semptomlar, genital semptomlar, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmiştir. 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır (141).

Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (TYKÖ-KF) (World Health Organisation Quality of Life Instrument brief version-WHOQOL-BREF-TR): Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Yaşam Kalitesi Grubu (1996) tarafından geliştirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü dünyadaki 15 farklı merkezin yardımıyla yaşam kalitesi için WHOQOL-100 ve WHOQL-BREF olarak 2 ölçek geliştirmiştir (81). Böylece farklı kültür ve popülasyonlarda kullanılabilmesi ve bunların

birbirleriyle kıyaslanabilmesi imkanı doğmuştur. Tıbbi pratik, araştırma, eğitim ve siyaset olmak üzere birçok kullanım alanı mevcuttur. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, kişinin beklentileri, hedefleri ve standartları ile ilişkili olarak kendi kültür ve değerler sisteminde yaşamı algılaması olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesi kişinin fiziksel sağlığı, ruhsal durumu, kişisel inançları, sosyal ilişkileri ve kendi çevreleriyle ilişkileri gibi birçok faktörlerden etkilenmektedir. WHOQOL-BREF kişilerin kendisi tarafından doldurulmalı, eğer kendi kendine yapma ile ilgili bir engel var ise görüşmecinin yardımcı olduğu formlar kullanılmalıdır. Ülkemizde de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (123,142). WHOQOL-100 içinden seçilen 26 soru ve 4 alanı kapsamaktadır. Bu 4 alan fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarıdır. Ölçek likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermektedir. Sorularda kişinin öznelliği ön plandadır. Kişinin hastalığın yarattığı somut ve fiziksel bulguları nasıl algıladığını ve yaşadığını, hastalık ile fiziksel aktivite, sosyal ilişkiler ve çevrenin nasıl bir ilişki içinde olduğunu ölçmektedir. Yanıtlar hastanın yaşadıklarının şiddetini, sıklığını, yaşadıklarına ilişkin hastanın yorumunu ve kapasitesini içermektedir. Ölçek kişi tarafından doldurulmak üzere hazırlanmıştır. Fiziksel alanda gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü ile ilgili sorular yer almaktadır. Psikolojik alan, olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, beden imgesi ve dış görünüş, kişisel inançlar ve dikkat; sosyal ilişkiler alanı ise diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin çevre boyutunda ev ortamı, fiziksel güvenlik ve emniyet, maddi kaynaklar, sağlık hizmeti alabilme, boş zamanları değerlendirme, fizik çevre ve ulaşım ile ilgili sorular bulunmaktadır.

Kısa Yetiyitimi Anketi (KYA) (Brief Disability Questionnaire, BDQ): Bedensel ve sosyal yetiyitimi değerlendirme üzere, Genel Sağlık Taraması Kısa Formu'ndaki (143) yetiyitimine ilişkin sorular temel alınarak geliştirilmiştir. Türkçe'ye çevrilmiş ve test-tekrar test güvenilirlik çalışması yapılmıştır (124). Son bir aylık dönemin değerlendirildiği KYA 11 sorudan oluşur. Ayrıca son bir ay içinde günlük işlerin aksatıldığı ve yatakta geçirilen günlerin sayısının soruşturulduğu iki madde içermektedir. Bedensel ve sosyal alandaki yetiyitimi 0 (hiç), 1 (bazen ya da biraz) veya 2 (her zaman ya da oldukça) olarak puanlandırılır ve bunların toplanması ile yetiyitimi toplam puanları elde edilir. 0-4: yetiyitimi yok, 5-7: hafif yetiyitimi, 8-12: orta düzeyde yetiyitimi, 13 ve üstü: ağır düzeyde yetiyitimi olarak değerlendirilir.

Araştırmada kullanılan istatistik yöntemler

Veriler SPSS 11.5 for Windows programı ile değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirmelerde üç grubun sosyodemografik özelliklerinin dağılımı için frekans testi, üç gruba ait sürekli değişkenlerin ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için ise One-way Anova ve Post-hoc değerlendirmede Bonferoni testi uygulanmıştır. **Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi, Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği (ASI), Hamilton Depresyon Ölçeği (Hamilton Depression Scale), Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)** alt başlıkları ve **Kısa Yetiyitimi Anketi (KYA, Brief Disability Questionnaire)** ile olan ilişkisinin yönü ve düzeyinin belirlenebilmesi amacı ile Pearson ilişki katsayısı hesaplandı. Yaşam kalitesinin belirleyici değişkenlerinin saptanması için ise lojistik regresyon testleri uygulandı.

BULGULAR

Sosyodemografik özellikler

Tüm hastaların 5'i kadın, 145'i ise erkekti. Yaş ortalaması ise, yalnız alkol bağımlılığı olan grupta (1. grup); 45,32±8,59, alkol bağımlılığı ve anksiyetesi yüksek olan grupta (2. grup); 43,62±8,72, alkol bağımlılığı ve depresyonu yüksek olan grupta (3. grup); 44,04±4,04 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda yer alan 3 ayrı grubun medeni durumlarına bakıldığında grupların hepsinde en fazla evli olanların bulunduğu (1. grup: %72; 2 grup: %66, 3 grup: %50), ilde yaşayanların çoğunlukta olduğu (1. grup: %94; 2. grup: %92; 3. grup: %92) saptandı. Hastaların çoğunluğunun çekirdek ailesinin olduğu (1. grup: %78 ; 2. grup: %74; 3. grup: %66), serbest çalıştığı (1. grup: %50; 2. grup: %46; 3. grup: %50), pirim kesilerek oluşturulan güvence altında olduğu(1. grup: %76; 2. grup: %82; 3. grup: %76) ve ilkokul mezunu olduğu(1. grup: %34; 2. grup: %44; 3. grup: %40) gözlemlendi. (Tablo 1)

Gruplar kıyaslandığında; boşanmışlık oranının en çok alkol bağımlısı ve depresyonu olan hastalarda olduğu(%26), yine aynı grupta yalnız yaşama oranının da diğer gruplara göre fazla olduğu saptandı.(%32) En çok emekli olma durumunun alkol bağımlısı ve anksiyetesi olan grupta olduğu (%32), yine aynı grupta eğitim düzeyinin diğer gruplara göre daha düşük olduğu saptandı.(%44'ü ilkokul mezunu, %4'ü yalnız okur-yazar) Sosyal güvencesi olmayanların çoğunlukla (%14) yalnız alkol bağımlısı olan grupta olduğu dikkat çekti. (Tablo1)

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler

	GRUP		
	Alkol Bağımlılığı olan hastalar	Alkol Bağımlılığı ve Anksiyetesi olan hastalar	Alkol Bağımlılığı ve Depresyonu olan hastalar
Medeni Durum			
Evli	36(%72)	33(%66,0)	25(%50)
Dul	3(%6)	2(%4)	1(%2)
Boşanmış	7(%14)	9(%18)	13(%26)
Ayrı yaşıyor	1(%2,0)	1(%2,0)	4(%8,0)
bekar	3(%6,0)	5(%10,0)	7(%14,0)
Halen Yaşadığı Yer			
İl	47(%94,0)	46(%92,0)	46(%92,0)
İlçe	3(%6,0)	3(%6,0)	4(%8,0)
metropol	0(%0)	1(%2,0)	0(%0)
Aile Tipi			
Çekirdek	39(%78,0)	37(%74,0)	33(%66,0)
Geniş	6(%12,0)	6(%12,0)	1(%2,0)
Yalnız yaşıyor	5(%10,0)	6(%12,0)	16(%32,0)
Meslek			
Memur	7(%14,0)	5(%10,0)	5(%10,0)
Emekli	13(%26,0)	16(%32,0)	10(%20,0)
İşsiz	5(%10,0)	6(%12,0)	10(%20,0)
serbest	25(%50,0)	23(%46,0)	25(%50,0)

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler (devamı)

Sosyal Güvence Durumu				
	Yok	7(%14,0)	4(%8,0)	2(%4,0)
	Emekli sandığı /bağ kur/sigorta	38(%76,0)	41(%82,0)	38(%76,0)
	Yeşil kart	5(%10,0)	4(%8,0)	10(%20,0)
	Kaymakamlık/ vakıf desteği	0(%0)	1(%2)	0(%0)
Öğrenim Durumu				
	Okuma yazması var	1(%2,0)	2(%4,0)	-
	İlkokul mezunu	17(%34,0)	22(%44,0)	20(%40,0)
	Ortaokul mezunu	7(%14,0)	4(%8,0)	8(%16,0)
	Lise mezunu	15(%30,0)	15(%30,0)	11(%22,0)
	Yüksekokul mezunu	10(%20,0)	7(%14,0)	11(%22,0)

Alkol kullanımı ile ilgili özellikler

Daha önceden psikiyatrik bir problem nedeniyle doktora başvurma oranının en çok alkol bağımlılığı ve depresyonu olan grupta olduğu (%46), eşlik eden fiziksel hastalığın yalnız alkol bağımlılığı olan grupta saptandığı (%22), alkol bırakma girişimininse en çok anksiyetesi olan grupta (%82) gözlendiği dikkat çekti.

Tüm gruplarda geçmiş yoksunluk bulguları, deliryum ve nöbet öyküleri açısından benzer oranlar gözlendi (1.grup; %88, 2. grup; %86; 3. grup; %96). Geçmişte alkol dışı madde kullanımına yalnız alkol bağımlısı olan grupta (%4) iki kişide rastlanmıştır. Yine aynı grupta soygeçmişe bakıldığında diğer gruplara göre daha yüksek alkol zararlı kullanımının olduğu (%44) tespit edilmiştir. (Tablo 2)

Tablo 2. Alkol kullanımı ile ilgili özellikler

		GRUP		
		Alkol Bağımlılığı olan hastalar	Alkol Bağımlılığı ve anksiyetesi olan hastalar	Alkol Bağımlılığı ve Depresyonu olan hastalar
Psikiyatrik Özgeçmiş	var	7(%14,0)	6(%12,0)	23(%46,0)
	yok	43(%86,0)	44(%88,0)	27(%54,0)
Eşlik Eden Fiziksel Hastalık	var	11(%22,0)	6(%12,0)	6(%12,0)
	yok	39(%78,0)	44(%88,0)	44(%88,0)
Alkol Bırakma Girişimi				
	var	31(%62,0)	41(%82,0)	37(%74,0)
	yok	19(%38,0)	9(%18,0)	13(%26,0)
Yoksunluk belirtileri				
	Deliryum ve nöbet yok	43 (%86,0)	44 (% 88,0)	48 (%96,0)
	Deliryum	2 (%4,0)	2 (%4,0)	1 (%2,0)
	Deliryum + nöbet	1 (%2,0)	1 (%2,0)	1 (%2,0)
	nöbet	3 (%6,0)	1 (%2,0)	-
	yok	1 (%2,0)	2 (%4,0)	-

Tablo 2. Alkol kullanımı ile ilgili özellikler (devamı)

Alkol dışı madde kullanımı (geçmiş)				
	Yok	48 (%34,6)	50 (%100)	50 (%100)
	Var	2 (%4,0)	-	-
Birinci derece akrabada alkol madde kullanımı				
	yok	27 (%54,0)	37 (%74,0)	6 %6,0
	alkol	22 (%44,0)	13 (%26,0)	3 (%2,0)
	madde	1 (%2,0)	-	1 (%2,0)

Gruplar arasındaki depresyon düzeyi ile ilgili özellikler

Hamilton depresyon ölçeğiyle grupların depresyon düzeyine bakıldığında, her 3 grubun ortalamaları arasında ilk değerlendirme, 3. ve 6. haftalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. (ilk değerlendirme $F= 8,04$, $p= 0,00$; 3. hafta $F= 47,23$, $p= 0,00$; 6. hafta $F= 31,02$, $p= 0,00$) Depresyon grubunda depresyon düzeyi en yüksek bulunmuş olup bu grupta 6. haftada depresyon şiddetinin giderek azaldığı saptanmıştır. (Tablo 3)

Tablo 3. Gruplar arasında HADÖ ortalamalarının (%95 confidence interval) ilişkisi

		Ortalama±ss	Kare ortalaması	F	p
HADÖ İlk değerlendirme	1. grup	3,80±2,17 (3,18-4,42)	489,98	87,04	,00
	2. grup	6,84±2,42 (6,15-7,53)	5,63		
	3. grup	10,06±2,51 (9,35-10,77)			
HADÖ 3. hafta	1. grup	3,34±2,27 (2,69-3,99)	278,72	47,23	,00
	2. grup	5,82±2,62 (5,08-6,56)	5,90		
	3. grup	8,06±2,38 (7,38-8,74)			
HADÖ 6. hafta	1. grup	3,24±2,26 (2,60-3,88)	262,69	31,02	,00
	2. grup	5,70±3,01 (4,84-6,56)	8,47		
	3. grup	7,82±3,35 (6,87-8,77)			

(*) $p \leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Bonferroni test

Değişken	(I) GRUP	(J) GRUP	Ortalama Fark (I-J)	p	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
HADÖ İlk değerlendirme	1	2	-3,04(*)	,00	-4,19	-1,89
		3	-6,26(*)	,00	-7,41	-5,11
	2	1	3,04(*)	,00	1,89	4,19
		3	-3,22(*)	,00	-4,37	-2,07
		3	6,26(*)	,00	5,11	7,41
	2	2	3,22(*)	,00	2,07	4,37
HADÖ 3. hafta	1	2	-2,48(*)	,00	-3,66	-1,30
		3	-4,72(*)	,00	-5,90	-3,54
	2	1	2,48(*)	,00	1,30	3,66
		3	-2,24(*)	,00	-3,42	-1,06
		3	4,72(*)	,00	3,54	5,90
	2	2	2,24(*)	,00	1,06	3,42
HADÖ 6. hafta	1	2	-2,46(*)	,00	-3,87	-1,05
		3	-4,58(*)	,00	-5,99	-3,17
	2	1	2,46(*)	,00	1,05	3,87
		3	-2,12(*)	,00	-3,53	-,71
		3	4,58(*)	,00	3,17	5,99
	2	2	2,12(*)	,00	,71	3,53

(*) p≤.05 istatistiksel olarak anlamlı

Gruplar arasındaki anksiyete düzeyi ile ilgili Özellikler

Anksiyete duyarlılığı ölçeğiyle anksiyete düzeyine bakıldığında, her 3 grubun ortalamaları arasında 1., 3. ve 6. haftalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. (İlk F=124,17, p= 0,00; 3. hafta F= 106,06, p= 0,00; 6. hafta F= 92,31, p= 0,00) Anksiyete düzeyi en yüksek beklendiği gibi anksiyete grubunda saptanmış, her 3 grupta da anksiyete düzeylerinin 3. ve 6. haftalarda benzer olduğu gözlenmiştir. Anksiyete ve depresyon grubunda ilk değerlendirmeden 3. haftaya kadar anksiyete düzeyi azalırken yalnız alkol bağımlılığı olan grupta anksiyete düzeyi giderek artmıştır. (Tablo 4)

Tablo 4. Gruplar arasında ADÖ ortalamalarının (%95 confidence interval) ilişkisi

		Ortalama±ss	Kare ortalaması	F	P
ADÖ İlk değerlendirme	1. grup	17,54±5,10 (16,09-18,99)	5565,66	124,17	,00
	2. grup	38,00±6,33 (38,90-29,00)	44,82		
	3. grup	23,30±8,28 (20,95-25,65)			
ADÖ 3. hafta	1. grup	16,70±5,65 (15,09-18,31)	4787,34	106,06	,00
	2. grup	35,72±6,52 (33,87-37,57)	45,14		
	3. grup	22,22±7,80 (20,00-24,43)			
ADÖ 6. hafta	1. grup	16,72±5,60 (15,13-18,31)	4587,73	92,31	,00
	2. grup	35,22±7,03 (33,22-37,21)	49,70		
	3. grup	21,66±8,26 (19,31-24,00)			

(*) p≤.05 istatistiksel olarak anlamlı

Değişken	(I) GRUP	(J) GRUP	Ortalama Fark (I-J)	p	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
ADÖ İlk değerlendirme	1	2	-20,46(*)	,00	-23,70	-17,21
		3	-5,76(*)	,00	-9,00	-2,52
	2	1	20,46(*)	,00	17,22	23,70
		3	14,70(*)	,00	11,46	17,94
	3	1	5,76(*)	,00	2,52	9,00
		2	-14,70(*)	,00	-17,94	-11,46
ADÖ 3. hafta	1	2	-19,02(*)	,00	-22,27	-15,77
		3	-5,52(*)	,00	-8,77	-2,27
	2	1	19,02(*)	,00	15,77	22,27
		3	13,50(*)	,00	10,25	16,75
	3	1	5,52(*)	,00	2,27	8,77
		2	-13,50(*)	,00	-16,75	-10,25
ADÖ 6. hafta	1	2	-18,50(*)	,00	-21,91	-15,08
		3	-4,94(*)	,00	-8,35	-1,52
	2	1	18,50(*)	,00	15,08	21,91
		3	13,56(*)	,00	10,14	16,97
	3	1	4,94(*)	,00	1,52	8,35
		2	-13,56(*)	,00	-16,97	-10,14

(*) $p \leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Gruplar arasındaki yetiyitimi ile ilgili Özellikler

Yetiyitimi ölçeğiyle grupların yetiyitimi düzeyine bakıldığında, her 3 grubun ortalamaları arasında ilk değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış, ancak 3. ve 6. haftalarda fark bulunmamıştır. (ilk değerlendirme $F= 7,02$, $p= 0,00$; 3. hafta $F= 2,06$, $p= 0,13$; 6. hafta $F= 1,52$, $p= 0,22$) Tedavinin 6. haftasında yetiyitiminin her 3 grupta da azaldığı bulunmuştur. (Tablo 5)

Tablo 5. Gruplar arasında KYA ortalamalarının (%95 confidence interval) ilişkisi

		Ortalama±ss	Kare ortalaması	F	p
Yetiyitimi ölçeği İlk değerlendirme	1. grup	7,96±3,83 (6,87-9,05)	119,54	7,02	,00
	2. grup	11,04±4,48 (9,77-12,31)	17,03		
	3. grup	9,74±4,05 (8,59-10,89)			
Yetiyitimi ölçeği 3. hafta	1. grup	5,08±3,81 (4,00-6,16)	33,41	2,06	,13
	2. grup	6,70±4,29 (5,48-7,91)	16,18		
	3. grup	6,08±3,96 (4,95-7,20)			
Yetiyitimi ölçeği 6. hafta	1. grup	4,12±3,17 (3,07-5,17)	28,59	1,52	,22
	2. grup	5,24±4,64 (3,92-6,56)	18,81		
	3. grup	5,56±4,59 (4,25-6,87)			

(*) $p \leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Değişken	(I) GRUP	(J) GRUP	Ortalama Fark (I-J)	p	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Yetiyitimi İlk değerlendirme	1	2	-3,08(*)	,00	-5,08	-1,08
		3	-1,78	,10	-3,78	,22
	2	1	3,08(*)	,00	1,08	5,08
		3	1,30	,35	-,70	3,30
		3	1	1,78	,10	-,22
		2	-1,30	,35	-3,30	,70
Yetiyitimi 3. hafta	1	2	-1,62	,14	-3,57	,33
		3	-1,00	,65	-2,95	,95
	2	1	1,62	,14	-,33	3,57
		3	,62	1,00	-1,33	2,57
		3	1	1,00	,65	-,95
		2	-,62	1,00	-2,57	1,33
Yetiyitimi 6. hafta	1	2	-1,12	,60	-3,22	,98
		3	-1,44	,30	-3,54	,66
	2	1	1,12	,60	-,98	3,22
		3	-,32	1,00	-2,42	1,78
		3	1	1,44	,30	-,66
		2	,32	1,00	-1,78	2,42

(*) $p \leq 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı

Gruplar arasındaki yaşam kalitesi ile ilgili Özellikler

Yaşam kalitesi ölçeği ile (WHOQOL-BREF) grupların bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alandaki yaşam kalitesine bakıldığında ilk değerlendirmede her 3 grubun ortalamaları arasında (bedensel alan: $F = 7,92$, $p = 0,00$; ruhsal alan: $F = 32,21$, $p = 0,00$; sosyal alan: $F = 3,45$, $p = 0,03$, çevresel alan: $F = 7,79$, $p = 0,00$) anlamlı fark bulunmuştur. (Tablo 6)

Tablo 6. Gruplar arasında TYKÖ-KF(WHOQOL-BREF) ortalamalarının (%95 confidence interval) ilişkisi, ilk değerlendirme

Yaşam Kalitesi		Ortalama±ss	Kare ortalaması	F	p
Bedensel alan İlk değerlendirme	1. grup	13,36±1,93 (12,81-13,91)	28,82	7,92	,00
	2. grup	12,63±1,94 (12,08-13,18)	3,63		
	3. grup	11,84±1,85 (11,31-12,37)			
Ruhsal alan İlk değerlendirme	1. grup	14,91±1,67 (14,43-15,38)	127,64	32,21	,00
	2. grup	13,63±1,97 (13,06-14,19)	3,96		
	3. grup	11,73±2,28 (8,11,09-12,38)			
Sosyal alan İlk değerlendirme	1. grup	12,67±2,43 (11,98-13,36)	26,68	3,45	,03
	2. grup	12,16±2,87 (11,34-12,98)	7,74		
	3. grup	11,22±3,01 (10,37-12,08)			
Çevresel alan İlk değerlendirme	1. grup	14,48±1,15 (14,15-14,80)	18,98	7,79	,00
	2. grup	14,09±1,66 (13,62-14,56)	2,44		
	3. grup	13,27±1,79 (12,76-13,78)			

(*) $p \leq 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı

Değişken	(I) GRUP	(J) GRUP	Ortalama Fark (I-J)	p	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Yaşam kalitesi İlk değerlendirme						
Bedensel alan	1	2	,73	,17	-,19	1,65
		3	1,51(*)	,00	,59	2,44
	2	1	-,73	,17	-1,65	,19
		3	,79	,12	-,13	1,71
	3	1	-1,52(*)	,00	-2,44	-,59
		2	-,7886	,12	-1,71	,13
Ruhsal alan	1	2	1,28(*)	,00	,32	2,25
		3	3,18(*)	,00	2,21	4,14
	2	1	-1,28(*)	,00	-2,25	-,32
		3	1,89(*)	,00	,93	2,86
	3	1	-3,18(*)	,00	-4,14	-2,21
		2	-1,89(*)	,00	-2,85	-,93
Sosyal alan	1	2	,51	1,00	-,84	1,85
		3	1,44(*)	,03	,09	2,79
	2	1	-,51	1,00	-1,85	,84
		3	,93	,29	-,41	2,28
	3	1	-1,44(*)	,03	-2,79	-,09
		2	-,93	,29	-2,28	,41
Çevresel alan	1	2	,39	,65	-,37	1,14
		3	1,21(*)	,00	,45	1,96
	2	1	-,39	,65	-1,14	,37
		3	,82(*)	,03	,06	1,58
	3	1	-1,21(*)	,00	-1,96	-,45
		2	-,82(*)	,03	-1,58	-,06

(*) $p \leq .05$ istatistiksel olarak anlamlı

Yaşam kalitesi ölçeği ile grupların bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alanda yaşam kalitesi düzeyine bakıldığında, 3. haftada her 3 grubun ortalamaları arasında anlamlı fark bulunurken (bedensel alan: $F= 10,20$, $p= 0,00$; ruhsal alan: $F= 15,43$, $p= 0,00$; çevresel alan: $F=3,79$, $p= 0,02$), sadece sosyal alanda anlamlı fark saptanmamıştır (sosyal alan: $F= 0,78$, $p= 0,46$). (Tablo 7).

Tablo 7. Gruplar arasında TYKÖ-KF(WHOQOL-BREF) ortalamalarının (%95 confidence interval) ilişkisi, 3. hafta

Yaşam kalitesi		Ortalama±ss	Kare ortalaması	F	P
Bedensel alan 3. hafta	1. grup	13,85±1,84 (13,33-14,38)	26,82	10,20	,00
	2. grup	13,54±1,51 (13,11-13,97)	2,63		
	3. grup	12,46±1,48 (12,04-12,88)			
Ruhsal alan 3.hafta	1. grup	14,99±1,70 (14,50-15,47)	57,91	15,43	,00
	2. grup	14,17±1,75 (13,67-14,67)	3,75		
	3. grup	12,85±2,30 (12,20-13,51)			
Sosyal alan 3. hafta	1. grup	12,85±2,30 (12,20-13,51)	6,06	,78	,46
	2. grup	12,16±2,99 (11,31-13,01)	7,74		
	3. grup	12,45±2,99 (11,60-13,30)			
Çevresel alan 3. hafta	1. grup	14,71±1,11 (14,39-15,03)	9,18	3,79	,02
	2. grup	14,11±1,63 (13,65-14,57)	2,42		
	3. grup	13,88±1,84 (13,36-14,40)			

(*) p≤.05 istatistiksel olarak anlamlı

Değişken	(I) GRUP	(J) GRUP	Ortalama Fark (I-J)	p	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Yaşam kalitesi 3. Hafta						
Bedensel alan	1	2	,31	1,00	-,48	1,09
		3	1,39(*)	,00	,61	2,18
	2	1	-,31	1,00	-1,10	,48
		3	1,09*	,00	,30	1,87
	3	1	-1,39(*)	,00	-2,18	-,61
		2	-1,09*	,00	-1,87	-,30
Ruhsal alan	1	2	,82	,10	-,12	1,76
		3	2,13(*)	,00	1,19	3,07
	2	1	-,82	,11	-1,76	,12
		3	1,31(*)	,00	,38	2,25
	3	1	-2,13(*)	,00	-3,07	-1,19
		2	-1,32*	,00	-2,25	-,38
Sosyal alan	1	2	,69	,64	-,65	2,04
		3	,40	1,00	-,95	1,75
	2	1	-,69	,64	-2,04	,65
		3	-,29	1,00	-1,64	1,05
	3	1	-,40	1,00	-1,75	,95
		2	,29	1,00	-1,05	1,65
Çevresel alan	1	2	,60	,17	-,15	1,35
		3	,83(*)	,03	,08	1,58
	2	1	-,60	,17	-1,35	,15
		3	,23	1,00	-,52	,99
	3	1	-,83(*)	,03	-1,58	-,07
		2	-,23	1,00	-,98	,52

(*) p≤.05 istatistiksel olarak anlamlı

Yaşam kalitesi ölçeğiyle grupların bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alanda yaşam kalitesi düzeyine bakıldığında, 6.haftada her 3 grubun ortalamaları arasında anlamlı fark bulunurken yine sosyal alanda (bedensel alan: F= 8,99, p= 0,00; ruhsal alan: F= 16,93, p= 0,00; sosyal alan: F= 0,63, p= 0,53; çevresel alan: F= 6,57, p= 0,00) anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Gruplar arasında TYKÖ-KF(WHOQOL-BREF) ortalamalarının (%95 confidence interval) ilişkisi, 6. hafta

Yaşam kalitesi		Ortalama±ss	Kare ortalaması	F	P
Bedensel alan 6. hafta	1. grup	14,06±1,83 (13,54-14,59)	24,41	8,99	,00
	2.grup	13,45±1,35 (13,07-13,83)	2,71		
	3. grup	12,67±1,71 (12,19-13,16)			
Ruhsal alan 6. hafta	1. grup	15,11±1,76 (14,60-15,61)	63,48	16,93	,00
	2.grup	14,20±1,57 (13,75-14,64)	3,75		
	3. grup	12,87±2,38 (12,19-13,54)			
Sosyal alan 6. hafta	1.grup	12,56±2,90 (11,73-13,38)	5,58	,63	,53
	2. grup	12,19±3,21 (11,27-13,10)	8,92		
	3. grup	11,89±2,84 (11,09-12,70)			
Çevresel alan 6. hafta	1. grup	14,54±1,20 (14,20-14,88)	13,80	6,57	,00
	2. grup	14,43±1,51 (14,00-14,86)	3,00		
	3. grup	13,58±1,60 (13,12-14,04)			

(*) p≤.05 istatistiksel olarak anlamlı

Değişken	(I) GRUP	(J) GRUP	Ortalama Fark (I-J)	p	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Yaşam kalitesi 6. Hafta						
Bedensel alan	1	2	,62	,19	-,18	1,41
		3	1,39(*)	,00	,60	2,19
	2	1	-,62	,19	-1,41	,19
		3	,78	,06	-,02	1,57
	3	1	-1,39(*)	,00	-2,19	-,60
		2	-,78	,06	-1,57	,02
Ruhsal alan	1	2	,91	,06	-,03	1,84
		3	2,24(*)	,00	1,30	3,18
	2	1	-,91	,06	-1,84	,03
		3	1,33(*)	,00	,39	2,27
	3	1	-2,24(*)	,00	-3,18	-1,30
		2	-1,33(*)	,00	-2,27	-,39
Sosyal alan	1	2	,37	1,00	-1,07	1,82
		3	,67	,80	-,78	2,11
	2	1	-,37	1,00	-1,82	1,07
		3	,29	1,00	-1,15	1,74
	3	1	-,67	,80	-2,11	,78
		2	-,29	1,00	-1,74	1,15
Çevresel alan	1	2	,11	1,00	-,59	,81
		3	,96(*)	,00	,26	1,66
	2	1	-,11	1,00	-,81	,59
		3	,85(*)	,01	,15	1,55
	3	1	-,96(*)	,00	-1,66	-,26
		2	-,85(*)	,01	-1,55	-,15

(*) $p \leq .05$ istatistiksel olarak anlamlı

Bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alanlarda yaşam kalitesi düzeyinin tedavinin ilk değerlendirme, 3. ve 6. haftalarında depresyon grubunda en düşük, depresyon veya anksiyeteli olmayan alkol bağımlılarında ise en yüksek olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Bu çalışmanın temel amacı, alkol bağımlısı olan, alkol bağımlılığı ve anksiyete düzeyi yüksek olan, alkol bağımlılığı ve depresyon düzeyi yüksek olan gruplar arasındaki yaşam kalitesi ve yetiyiminin karşılaştırılmasıdır. Araştırmaya AMATEM kliniğinde 2005-2006 tarihleri arasında yatarak tedavi gören toplam 150 alkol bağımlısı hasta alındı.

Sosyodemografik özellikler incelendiğinde; yaş ortalamasının yalnız alkol bağımlılığı olan grupta $45,32 \pm 8,59$, alkol bağımlılığı ve anksiyetesi olan grupta $43,62 \pm 8,72$, alkol bağımlılığı ve depresyonu olan grupta $44,04 \pm 4,04$ olduğu, cinsiyete göre dağılıma bakıldığında 5 kadın , 145 erkek bağımlı saptandı. Gruplar büyük oranda erkeklerden oluşmaktaydı. Çalışmamızda yer alan 3 ayrı grubun medeni durumlarına bakıldığında grupların hepsinde en fazla evli olanların olduğu, ilde yaşayanların çoğunlukta olduğu saptandı. Hastaların çoğunluğunun çekirdek ailesinin olduğu, serbest çalıştığı ve pirim kesilerek oluşturulan güvence altında olduğu ve ilkokul mezunu olduğu gözlemlendi. Gruplar kıyaslandığında boşanmışlık oranının en çok alkol bağımlısı ve depresyonu olan hastalarda olduğu, yine aynı grupta yalnız yaşama oranının da diğer gruplara göre fazla olduğu saptandı. En çok emekli olma durumunun alkol bağımlısı ve anksiyetesi olan grupta olduğu, yine aynı grupta eğitim düzeyinin diğer gruplara göre daha düşük olduğu saptandı. Sosyal güvencesi olmayanların çoğunluğunun yalnız alkol bağımlısı olan grupta olduğu gözlemlendi.

Literatürde işsiz olma durumunun alkol bağımlılarında yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (83,84,144,145). Çalışmamızda işsiz olma oranı en yüksek olarak alkol bağımlılığı ve depresyonu yüksek olan grupta gözlenmiştir.

Literatüre göre evli olma durumunun alkol bağımlılığında yaşam kalitesini pozitif etkilediği belirtilmiştir (99,98,144). Çalışmamızda evli olma oranı en yüksek yalnız alkol bağımlısı olan grupta gözlenirken, boşanmışlık ve yalnız yaşama oranları en yüksek alkol bağımlılığı ve depresyonu şiddeti yüksek olan grupta gözlenmiştir.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğiyle yapılan bir çalışmada, eğitim durumu ilkokul veya hiç okumamış düzeyinde olan alkol bağımlılarında yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon, bedensel ağrı ve mental puanları etkileyerek daha düşük olarak saptanmıştır (145). Çalışmamızda anksiyetesi ve depresyon şiddeti yüksek olan alkol bağımlılığı gruplarında daha yüksek oranlarda ilkokul mezunu olma durumu gözlenmiştir.

Yugoslavya’da yapılmış olan bir çalışmada, kasabada yaşayanların köyde yaşayanlara göre daha iyi yaşam kalitesi düzeylerine sahip oldukları gösterilmiştir (7,109). Çalışmamızda her 3 grupta da ilde yaşama oranı çoğunlukta ve benzerdir. Bu durum AMATEM e başvuruların daha çok İstanbul’dan olmasıyla açıklanabilir.

Hornquist ve Akerlind, 1987 yılında alkol bağımlılığında yalnızlığın etkilerini incelemişlerdir (146). Yalnızlığın ve yalnızlık algısının düşük yaşam kalitesi için temel göstergeler olduğu iddia edilmiştir. Çalışmamızda yalnız yaşama oranları en yüksek olarak alkol bağımlılığı ve depresyon şiddeti yüksek olan grupta saptanmıştır. Yalnız yaşamının yaşamın tümüne karamsar bakışla yaşam kalitesini düşürdüğü iddia edilmiştir (109).

Çalışmamızdaki alkol kullanımı ile ilgili özelliklere bakıldığında; psikiyatrik özgeçmişte daha önce psikiyatriste başvurunun en çok alkol bağımlılığı ve depresyon şiddeti yüksek olan grupta olduğu saptanmıştır. Literatürde özellikle kadınlarda psikiyatrik başvurunun erkeklere göre daha sık olduğu ve bu durumun yaşam kalitesi düzeyi düşüklüğünde önemli bir etken olduğu saptanmıştır (89,109,144,147). Çalışmamıza alınan 5 bayan hastanın 4’ü alkol bağımlılığı ve depresyon şiddeti yüksek olan gruptandır. Ancak bayan hasta sayısının düşük olması bu çalışma için kısıtlayıcı bir faktördür. Yapılan çalışmalar psikiyatrik komorbiditenin suicid fikri ve tamamlanmamış suicid girişimleri için temel faktörler olduğunu göstermiştir (109).

Çalışmamıza eşlik eden fiziksel hastalık oranı en yüksek yalnız alkol bağımlılığı olan grupta bulunmuştur. Alkol bağımlılığı ve anksiyete şiddeti yüksek olan , alkol bağımlılığı ve depresyon şiddeti yüksek olan gruplarda benzer oranlar gözlenmiştir. Eşlik eden fiziksel hastalık bağımlı popülasyona spesifik olmayacak şekilde yaşam kalitesini olumsuz etkilemekteydi (102,145). Literatürde alkolizmin neden olduğu alkol bağımlılığına eşlik eden fiziksel hastalığın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ifade edilmiştir. Bu etkisini alkol bağımlılığından bağımsız bir şekilde yaptığı vurgulanmıştır (148,149,150).

Alkol bırakma girişimi anksiyete ve depresyon şiddeti yüksek olan her iki grupta yalnız alkol bağımlılığı olan gruptan daha yüksek oranda gözlenmiştir. Önceki detoksifiyasyonların sayısının yaşam kalitesini etkileyebileceği ifade edilmiştir (102).

Yoksunluk belirtileri alkol bağımlılığı ve depresyon şiddeti yüksek olan grupta daha çok gözlenmiştir. Deliryum, deliryum+ nöbet açısından bakıldığında her 3 grupta da benzer oranlar gözlenirken, yoksunluk döneminde nöbet en yüksek oranda yalnız alkol bağımlılığı olan grupta saptanmıştır. Daha önceki yoksunluk dönemlerinin yaşam kalitesini etkileyebileceği literatürde ifade edilmiştir (102).

Çalışmamızda geçmişte alkol dışı madde kullanımı yalnız alkol bağımlılığı olan grupta 2 hastada rastlanmıştır. Geçmiş madde kullanımı ile alkol bağımlılığında yaşam kalitesinin araştırıldığı çalışma literatürde bulunmamaktadır.

Birinci derece akrabada alkol madde kullanımı yalnız alkol bağımlılığı olan grupta daha yüksek oranlarda saptanmıştır. Soygeçmişte alkol ve/veya madde kullanımı ile alkol bağımlılığında yaşam kalitesinin ilişkilendirildiği çalışmaya literatürde rastlanmamıştır.

Madde ve alkol kullanımı ve diğer psikiyatrik bozuklukların komorbiditesine yönelik epidemiyolojik Ulusal Komorbidite Çalışması'nda saptanan verilerde, bağımlılığı olan bireylerin %41 ila %65'inde, yaşamlarının bir döneminde bir affektif ya da anksiyete bozukluğu olduğunu gösterilmiştir (37). Unipolar depresyon ile alkol bağımlılığı arasında karmaşık ilişkiler görülmekle beraber belirgin bir ilişki saptanamamıştır. (38) Depresyon grubunda depresyon düzeyleri çalışmamızda daha yüksek saptanmış olup, bu grupta depresyon şiddetinin giderek azaldığı saptanmıştır. Daha önce doğal(euthymic) kişilerde, birkaç gün yada haftalarca ağır dozda alkol kullanımı sonrasında ağır depresif sendromlar bildirilmiştir. Alkol yoksunluğu içme fazında yoğun bir depresif hal yaratmış ve içmeyi bırakmanın ardından mood sendromları alkolün bırakılmasını müteakip birkaç gün ile haftalar arasında değişen sürelerde gözle görülür gelişmeler göstermiştir. Çalışmamızda depresif semptomların derecesi hamilton depresyon ölçeği ile ölçülmüş ve literatürle uyumlu olarak depresif semptomların şiddetinin her 3 grupta da 6. haftaya kadar azalma gösterdiği tespit edilmiştir. Benzer şekilde ağır madde kullanımı koşullarında yapılan çalışmalarda, maddenin bırakılmasını takiben mood bozukluklarında düzelme gösteren artan sayıda depresif sendrom örneği gösterilmiştir (38). Literatürde kendine güven azlığı ve otonomi kaybının belirgin olduğu depresif alkol bağımlılıklarının başlangıç yaşam kalitesi düzeylerinin de düşük olduğu gösterilmiştir. Relaps olmayan alkol bağımlılarında ilerleyen günlerde kendine güven ve saygının arttığı ilişkili olarak da yaşam kalitesi düzeylerinde yükselmenin olduğu saptanmıştır (116). Çalışmamızda 6. haftaya kadar yaşam kalitesi düzeylerinde artış ve yetiyiminde azalma tüm gruplarda dikkat çekmiştir. Davidson (1995) alkolü bıraktıktan sonraki 15. günde Beck depresyon skalasıyla ölçülen depresyon düzeylerinin ilk günlerde yüksekken normal sınırlara indiğini göstermiştir (42). Çalışmalar depresif kadın alkoliklerde daha düşük relaps oranları gösterirken (57,151) bazı diğer çalışmalar ise alkolizmde gözlenen depresif bozukluğun relaps için yüksek bir risk faktörü olduğunu savunmuştur (152,153). Genel olarak relapsların depresif semptomlar eşliğinde geliştiği gözlenmiştir (51). Yüksek derecede depresyon düşük yaşam kalitesi ile beraber seyrediyor gibi görünmektedir (52,53,154). Depresyonu olan alkol bağımlılarında relaps oranı daha yüksek ve yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur. Sonuçlarımız literatür bulgusunu desteklemektedir. Depresyon düzeyi yüksek

olan alkol bağımlılarında yaşam kalitesi daha düşük olup, bunun relaps için bir tetikleyici olabileceğini düşünmekteyiz. Depresif kadın alkol bağımlısı hastalarla yapılan bir çalışmada, depresif kadın alkol bağımlılarının depresif olmayanlara göre özellikle akıl sağlığı, sosyal ilişkiler, ev işleri ve yemek gibi konularda depresif olmayanlara göre daha çok desteğe ihtiyaç duydukları gösterilmiştir (155). Madde ya da alkol kaynaklı affektif bozukluklarda, antidepresan yada diğer ilaç tedavileri kullanılarak depresyon belirtilerinin geçme süresi ile madde bırakılmasından sonra bu belirtilerin kendiliğinden geçme süresi arasında fark olduğuna dair pek az kanıt mevcuttur. Kognitif davranışçı terapinin, birçok prensibi, affektif bozukluklar ve alkol madde kullanım bozukluklarının tedavisi için ortaktır. Dolayısıyla kognitif davranışçı teknikleri kullanarak nüks önleme grup terapisi uygulanabilir (26). Araştırmamıza alınan hastalara grup terapisi ve farmakolojik tedavi uygulanmış ve depresyon düzeylerinde anlamlı düzelme bulunmuştur.

Çalışmamızda anksiyete düzeyi beklendiği gibi en yüksek anksiyete grubunda saptanmış, her üç grupta da anksiyete düzeylerinin 3. ve 6. haftalarda benzer olduğu gözlenmiştir. Anksiyete ve depresyon grubunda ilk değerlendirmeden 3. haftaya kadar anksiyete düzeyi azalırken, yalnız alkol bağımlılığı olan grupta anksiyete düzeyi giderek artmıştır. Bu bulgu, anksiyete ve depresyonu şiddeti yüksek olan gruplardaki hastalara antidepresan başlanmış olması ile ilişkili olabilir. Alkolün anksiyeteyi azalttığını belirten çalışmaların yanı sıra, arttırdığını veya hiçbir etkisinin olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu sonuçların farklılıklar göstermesi alınan alkol miktarı, anksiyetenin ölçüm yöntemi, çevre koşulları, farklı örneklem gibi değişkenlerden kaynaklanmaktadır. Bu değişkenler, genelleme yapmayı güçleştirmektedir (54,55,56,59). Alkol yoksunluk döneminin ilk ayları boyunca görülen birçok psikolojik ve bedensel belirtilerin alkol yoksunluk sendromunun subakut döneminin bir parçası olduğu öne sürülmüştür (61,62,156,157). Çalışmamızda; hastaların yoksunluk belirtilerinin geçtikten sonra alınmış olmaları anksiyete ve depresif semptomlar açısından daha gerçekçi ve güvenilir verilere ulaşmamızı sağlamıştır. Alkol yoksunluk dönemi boyunca anksiyete şiddetini ve belirtilerini araştıran çalışmalar, bu dönemin başından itibaren başlayan anksiyete belirtilerinin şiddetinin zaman içerisinde azaldığını fakat tam olarak kaybolmadığını ortaya koymuştur (61,62,156). Yatarak tedavi gören alkol bağımlılarında anksiyete ve duygudurum bozukluklarının görece yüksek çıkmasının önemli nedenlerinden biri de bu tür hastaların yardım ve tedavi arayışının, benzer belirti ve bozuklukları olmayan alkol bağımlılarına göre daha yüksek olmasıdır. Çalışmamızda sadece yatan hastaların değerlendirilmesi, anksiyete ve depresyon derecesi daha yüksek olan bağımlılarla çalışılmış olduğunu göstermektedir, bu durum çalışmamız için kısıtlayıcı faktör olarak gözüke de; üç ayrı grubun alınarak karşılaştırılmış olması ve herbirinin anksiyete ve depresyon düzeylerinin ölçülmesi gruplararası ilişkinin olup olmadığının saptanması için önem taşımaktadır. Yapılan alan çalışmalarında alkol bağımlılığına eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıkların oranı, yatarak tedavi gören alkol bağımlılarında yapılan klinik çalışmaların sonuçlarına göre daha düşüktür (67, 68, 69). Son yıllarda bu görüşü destekleyen çalışmalar yapılmış ve bu görüş “maddeye bağlı artefakt hipotezi” olarak adlandırılmıştır (19,70,34). Aralarındaki benzerliklere rağmen, alkol problemleri ile anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkinin her bir anksiyete bozukluğu için farklı olduğu düşünülmektedir. Kushner ve arkadaşlarına göre agorafobi ve sosyal fobideki alkol problemleri daha çok bireylerin anksiyete semptomlarını kendi kendine tedavi etmeye kalkmalarından kaynaklanırken, bunun tam tersi olarak panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu patolojik alkol kullanımının bir sonucu olarak ortaya çıkıyor olabilir. Basit fobiler ise alkolizm riskini arttırmamaktadır (72,73,74). Yapılan iki deneysel çalışmayla alkol tüketimiyle basit fobik anksiyetenin azalmadığı gösterilmiştir (75,76). PRIME-1000 projesinde, alkol bağımlılığının affektif, anksiyete veya yeme bozuklukları ile komorbidite olduğu durumlarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır (89). Çalışmamızda anksiyete ve depresyon düzeyleri ölçülmüş ancak tanı sınıflandırılması yapılmamıştır.

Bağımlı grupta anksiyete ve depresyon düzeyinin tanısal yaklaşımı komorbid etkiyi ortaya koyarken sadece anksiyete ve depresyon düzeyi ölçülerek eşik üstü saptanan gruba yönelik çalışmalar yaşam kalitesi ve yeti yitimi için daha erken değerlendirme sağlayabilecektir.

Alkol bağımlılarının; anjina, astım, anksiyete bozukluğu gibi dahili veya psikiyatrik hastalıklarla kıyaslandığında yaşam kalitesi ölçümleri daha düşük saptanmıştır (105). Alkol bağımlılarında yaşam kalitesi hem yoğun alkol alımı sırasında hem de takip eden tedavi döneminde sıklıkla bozulmaktadır (82). Alkolizmin yol açtığı hastalıklar (83,84), iş kaybı ve zayıf iş performansı ile azalan sosyoekonomik statü (85) ve komorbid psikiyatrik hastalıklarda gelişen zayıf emosyonel durumlar (86), alkol bağımlılarında yaşam kalitesi için birer risk faktörüdür. Çalışmamızda gruplar, yaşam kalitesi ve yetiyitimine yönelik, sosyodemografik özellikler, alkol kullanımına bağlı özellikler, anksiyete ve depresyon düzeylerine göre karşılaştırılmıştır. Literatürde bağımlılıkta yaşam kalitesiyle ilgili sınırlı sayıda çalışma olduğu ve çalışmamızdaki gibi alkol bağımlılığında anksiyete ve depresyonun yaşam kalitesine etkilerini araştıran çalışma bulunmamıştır. Yaşam kalitesi ölçümü için çalışmalarda daha çok SF-36 tercih edilmiştir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi ölçeği olarak Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu kullanılmıştır. Ancak, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt grupları olan bu ölçeğin, bağımlı hastalarda daha karmaşık ve sınırların belirlenmesinde güçlük oluşturacağı düşünüldükten; Dünya Sağlık Örgütü'nün oluşturduğu yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek; bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alanların değerlendirilmesinde bağımlılar için daha tutarlı sonuçlar vermektedir. Sonuçlarımız; grupların bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alandaki yaşam kalitesinin, ilk değerlendirmede her 3 grubun ortalamaları arasında anlamlı fark bulunduğunu göstermektedir. Yaşam kalitesi ölçeği ile grupların bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alanda yaşam kalitesi düzeyine bakıldığında, 3. haftada her 3 grubun ortalamaları arasında anlamlı fark bulunurken, sosyal alanda anlamlı fark saptanmamıştır. Grupların yaşam kalitesinin sosyal alanı dışındaki diğer alanlarında, 6. haftada her 3 grup arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alanlarda yaşam kalitesi düzeyinin ilk değerlendirme, 3. ve 6. haftalarında depresyon grubunda en düşük, depresyon veya anksiyeteli olmayan alkol bağımlılarında ise en yüksek olduğu saptanmıştır. Yaşam kalitesi ile ilgili bulgular literatür ile uyumlu bulunmuştur. Depresyonun alkolik hastalarda yaşam kalitesini etkileyen temel faktör olduğu tespit edilmiştir (48). Artan depresyon derecesiyle düşük yaşam kalitesinin ilişkisi dikkat çekicidir (52,53). Depresif semptomların belirgin olması, alkol bağımlılarında yaşam kalitesinde düşük subjektif göstergeler ile seyretmektedir. Depresif kadın bağımlıların, öncelikle aile ilişkileri ve diğer alanlarda depresif olmayanlara göre daha çok desteğe ihtiyaç duyduğu ve sık hastane başvurularının olduğu belirtilmiştir (8). Çalışmamızda kadın hasta sayısı oldukça azdır. Bu nedenle kadın hastalara yönelik değerlendirme yapmak mümkün olmamış ancak, erkeklerin hastane başvuruları daha fazla olduğu bilinmektedir.

Alkolü bırakanın ardından yaşam kalitesinde düzelme olduğu (91,92) ve bu düzelmenin zamanla kararlı hale geldiği gösterilmiştir (93). Bağımlılarda yaşam kalitesinin daha düşük ve başvurularının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bu konudaki tedavi izleme çalışmalarında ise uzun süre alkol veya madde kullanmayan remisyonadaki bağımlılarda yaşam kaliteleri tedavi başlangıcına göre artmıştır (97). Almanya'da 6 yıllık takip çalışmasında 4 yıldır alkol içmeyenlerde %65 oranında yaşam kalitesinde iyileşme olmuştur (91). Yaşam kalitesinin izlendiği çalışmada, alkol bağımlısı hastalar detoksifikasyonu takiben 12 hafta gözlenmiş, bu süreçte alkol kullanmayan kişilerin yaşam kalitesi ölçümlerinde başlangıç değerlere göre düzelme olduğu ancak bu düzelmenin "zayıf" veya "sınırdan" aralıklarda kaldığı tespit edilmiştir.

Yetiyitimi ile ilgili çalışma literatürde az sayıdadır. Bağımlılık tedavisinin devam ettiği kişilerde en yüksek yetiyitimi beraberinde psikiyatrik hastalığı olan kişilerde bulunmuş (%10,3), eşlik eden fiziksel hastalığı bulunanların yetiyitiminin (hareket kısıtlılığı; %3,7, görme kaybı; %9,5, işitme kaybı; %1,4) bu oranı takip ettiği saptanmıştır Araştırmacılar eşlik eden psikiyatrik ve fiziksel hastalıkların yetiyitimi arttırmaları nedeniyle, bağımlılık tedavisine ek olarak psikiyatrik ve fiziksel hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunun yürütülmesinin önemini vurgulamışlardır (126).

Çalışmamızda yetiyitimi ölçeğiyle grupların yetiyitimi düzeyine bakıldığında, her 3 grubun ortalamaları arasında ilk değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış, ancak 3. ve 6. haftalarda fark bulunmamıştır. Tedavinin 6. haftasında yetiyitiminin her 3 grupta da azaldığı bulunmuştur. Alkol bağımlılarında belirgin bilişsel işlev bozukluğu ve sosyal yetiyitimi saptanmıştır. Bilişsel işlev bozukluğu ile yetiyitimi arasında ise bir ilişki gösterilemezken (125), yaşam kalitesi ve yetiyitimi arasında çift taraflı ilişki söz konusu olup bugüne kadar yapılan çalışmalarda komorbiditenin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve yetiyitimi oluşturduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda da bu bulguya paralel olarak, yetiyitiminin depresyon ve anksiyete şiddeti yüksek olan gruplarda daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastalık sürecini değerlendirmede dikkate alınması gereken önemli faktörlerden biri de yaşam kalitesi ve yetiyitimidir. Bu hastaların gerek tedavisi gerekse rehabilitasyonunda yetiyitimi düzeldiğinde yaşam kalitesini artırma şansları da olacaktır. Alkol kullanım bozukluklarında var olan depresif ve anksiyete belirtileri, bu grubun yetiyitimi ve yaşam kalitesi değerlendirildiğinde, elde edilecek puanın şiddeti, depresyon ve anksiyetesinin tekrar gözden geçirilmesini ve komorbid durumun tanınmasını sağlayacaktır. Daha sonra yapılacak çalışmalarda; “anksiyete ve depresyona bağlı yetiyitiminin, alkol bağımlılarında yaşam kalitesini kötüleştirdiği” veya “alkol kullanımının, anksiyete ve depresyon düzeyini arttırarak yaşam kalitesi ve yetiyitimi bozduğu” görüşlerinin araştırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamız alkol bağımlılığına eşlik eden anksiyete ve depresif semptomların yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini, yaşam kalitesi ve yetiyitiminin bağımlılık sürecinin takibinde önemli göstergeler olduğunu göstermektedir. Yaşam kalitesi ve yetiyitiminin her üç grupta da tedavinin altıncı haftasına kadar düzelme gösterdiği, beraberinde depresyon şiddeti yüksek olan grupta yaşam kalitesinin diğer gruplara göre anlamlı olarak daha düşük seyrettiği gözlenmiştir.

Gruplar sosyodemografik özelliklerine göre kıyaslandığında; boşanmışlık oranının en çok alkol bağımlısı ve depresyon şiddeti yüksek olan hastalarda olduğu (%26), yine aynı grupta yalnız yaşama oranının da diğer gruplara göre fazla olduğu saptandı. (%32) En çok emekli olma durumunun alkol bağımlısı ve anksiyete şiddeti yüksek olan grupta olduğu (%32), yine aynı grupta eğitim düzeyinin diğer gruplara göre daha düşük olduğu (%44'ü ilkökul mezunu, %4'ü okur-yazar) saptandı. Sosyal güvencesi olmayanların çoğunlukla (%14) yalnız alkol bağımlısı olan grupta olduğu dikkat çekti.

Daha önceden psikiyatrik bir problem nedeniyle doktora başvurma oranının en çok alkol bağımlılığı ve depresyon şiddeti yüksek grupta olduğu (%46), eşlik eden fiziksel hastalığın yalnız alkol bağımlılığı olan grupta saptandığı (%22), alkol bırakma girişiminin ise en çok anksiyeteli grupta (%82) gözlemlendiği dikkat çekti. Tüm gruplarda geçmiş yoksunluk bulguları, deliryum ve nöbet öyküleri açısından benzer oranlar gözlemlendi (1.grup; %88, 2. grup; %86, 3. grup; %96). Geçmişte alkol dışı madde kullanımına yalnız alkol bağımlısı olan grupta (%4) iki kişide rastlandı. Yine aynı grupta soygeçmişe bakıldığında diğer gruplara göre daha yüksek alkol zararlı kullanımının olduğu (%44) tespit edildi.

Yaşam kalitesi ölçeğiyle grupların bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alanda yaşam kalitesi düzeyine bakıldığında, 3. haftada her 3 grubun ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuş (bedensel alan: $F=10,20$, $p=0,00$; ruhsal alan: $F=15,43$, $p=0,00$; çevresel alan: $F=3,79$, $p=0,02$). Sosyal alanda anlamlı fark saptanmamıştır (sosyal alan: $F=0,78$, $p=0,46$). Yaşam kalitesi ölçeğiyle grupların bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alanda yaşam kalitesi düzeyine bakıldığında, 6. haftada her 3 grubun ortalamaları arasında anlamlı fark bulunurken yine sosyal alanda (bedensel alan: $F=8,99$, $p=0,00$; ruhsal alan: $F=16,93$, $p=0,00$; sosyal alan: $F=0,63$, $p=0,53$; çevresel alan: $F=6,57$, $p=0,00$) anlamlı fark saptandı.

Yetiyitimi ölçeğiyle grupların yetiyitimi düzeyine bakıldığında, her 3 grubun ortalamaları arasında ilk değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış, ancak 3. ve 6. haftalarda fark bulunmamıştır. (İlk değerlendirme $F=7,02$, $p=0,00$; 3. hafta $F=2,06$, $p=0,13$; 6. hafta $F=1,52$, $p=0,22$) Tedavinin 6. haftasında yetiyitiminin her 3 grupta da azaldığı bulunmuştur.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Sadece yatarak tedavi gören alkol bağımlıları çalışmaya alındı. Ayakta tedavi gören, hiç tedavi görmeyen, ya da tedaviyi yarıda bırakan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Araştırmamızda kadınların oranı oldukça düşüktü. (150 vakadan 5'i). ABD ve Avrupa'da alkol- madde kullanımı erkeklerde kadınlardan daha yaygındır. Ancak kadınlar ve erkekler arasındaki farklılık ABD ve bazı Avrupa ülkelerinde kadınların düşük oranda olmasına yönelik farklılık göstermektedir.

Bağımlılık tedavisiyle uğraşan klinisyenler, yüksek orandaki ek psikiyatrik tanıları mutlaka göz önünde bulundurarak tedavi programlarını bu doğrultuda düzenlemelidir. Alkol bağımlıların, tedavisinde eş zamanlı psikiyatrik belirtilerin şiddetinin ve ilişkili olarak yetiyitimi ve yaşam kalitesinin tespiti önemli olup tedavinin kısmen öngörülebilir özel gereksinimlere göre biçimlendirilmesi ve sonraki aşamalarda etkin değerlendirilmesini sağlayabilecektir.

ÖZET

Yaşam kalitesi, hastalıkların sürecini değerlendirmede son yıllarda gündeme gelen ve üzerinde araştırmaların devam ettiği bir konudur. Alkol ve madde bağımlılığında yaşam kalitesi ile ilgili sınırlı sayıda çalışma mevcut olmakla birlikte yetiyitimine yönelik araştırma çok az sayıdadır. Alkol bağımlılığına eşlik eden komorbid psikiyatrik tanılar özellikle, anksiyete ve depresyon şiddeti yetiyitimi ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Çalışmamızda, yatarak tedavi gören 150 alkol bağımlısında; anksiyete ve depresyon şiddetinin, yetiyitimi ve yaşam kalitesine etkileri araştırıldı. Tüm hastalar, yoksunluk belirtileri tamamen düzeldikten sonra, 3. ve 6. haftalarda değerlendirilerek ölçekler uygulandı. Hastalar, yalnız alkol bağımlıları, anksiyetesi olan ve depresyonu olan alkol bağımlıları olmak üzere üç gruba ayrıldı ve her gruba 50 hasta alındı. Grupların; sosyodemografik özellikleri, alkol kullanım özellikleri, anksiyete ve depresyon düzeyleri, yaşam kalitesi ve yetiyitimi değerlendirildi.

Sosyodemografik özelliklerine göre gruplar kıyaslandığında; boşanmışlık oranının en çok depresyon şiddeti yüksek olan hastalarda (%26) görüldüğü, yine aynı grupta yalnız yaşama oranının da diğer gruplara göre fazla olduğu (%32) saptandı. Anksiyete şiddeti yüksek olan grupta emeklilerin fazla olduğu (%32), yine aynı grupta eğitim düzeyinin diğer gruplara göre daha düşük olduğu (%44'ü ilköğretim mezunu, %4'ü yalnız okur-yazar) saptandı. Sosyal güvencesi olmayanların çoğunlukla yalnız alkol bağımlısı olan grupta bulundu.

Alkol kullanımı özelliklerine göre gruplar karşılaştırıldığında daha önceden psikiyatrik bir problem nedeniyle doktora başvurma oranının en çok depresyon şiddeti yüksek olan grupta (%46), eşlik eden fiziksel hastalığın yalnız alkol bağımlılığı olan grupta (%22) saptandığı, alkol bırakma girişiminin ise en çok anksiyete şiddeti yüksek olan grupta (%82) bulunduğu dikkat çekmekte idi. Geçmişte alkol dışı madde kullanımına yalnız alkol bağımlısı olan grupta sadece iki kişide (%4) rastlandı. Yine aynı grupta soygeçmişe bakıldığında diğer gruplara göre daha yüksek alkol zararlı kullanımının olduğu (%44) tespit edildi. Anksiyete ve depresyon düzeyi yüksek olan gruplarda ilk değerlendirmeden 3. haftaya kadar anksiyete ve depresyon düzeyi azalırken yalnız alkol bağımlılığı olan grupta anksiyete düzeyi giderek artmıştır.

Yetiyitimi ölçeği ile grupların yetiyitimi düzeyine bakıldığında, her 3 grubun ortalamaları arasında ilk değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış, ancak 3. ve 6. haftalarda fark bulunmamıştır (ilk değerlendirme $F= 7,02$, $p= 0,00$; 3. hafta $F= 2,06$, $p= 0,13$; 6. hafta $F= 1,52$, $p= 0,22$). Tedavinin 6. haftasında yetiyitiminin her 3 grupta da azaldığı bulunmuştur.

Yaşam kalitesi ölçeği ile; grupların bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alandaki yaşam kalitesine bakıldığında ilk değerlendirmede her üç grubun ortalamaları arasında (bedensel alan: $F= 7,92$, $p= 0,00$; ruhsal alan: $F= 32,21$, $p=0,00$; sosyal alan: $F= 3,45$, $p= 0,03$, çevresel alan: $F= 7,79$, $p= 0,00$) anlamlı fark bulunmuştur. Yaşam kalitesi ölçeği ile grupların bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alanda yaşam kalitesi düzeyine bakıldığında, 3. ve 6. haftada her 3 grubun ortalamaları arasında anlamlı fark bulunurken sadece sosyal alanda anlamlı fark saptanmamıştır. Her üç grubun bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alanlarda yaşam kalitesi düzeyi ilk, 3. ve 6. haftalarda değerlendirildiğinde depresyon grubunda en düşük, depresyon veya anksiyete şiddeti düşük olan alkol bağımlılarında ise en yüksek olduğu saptanmıştır.

Alkol bağımlılığında eşlik eden anksiyete ve depresif semptomlar, bağımlılıkta var olan sorunların şiddetini arttırmakta, aynı zamanda yaşam kalitesi ve yetiyitimini daha olumsuz etkilemektedir. Tedavi programlarında yaşam kalitesinin ve yetiyitiminin ölçülmesi, bağımlılık tedavisinde ihtiyaçların belirlenmesine olanak sağlayacaktır. Bağımlılık tedavisinde, yüksek oranda görülebilen ek tanılar mutlaka göz önünde bulundurulmalı ve

tedavi programlarının bu doğrultuda dñzenlenmesi gerekmektedir. Tedavinin hedeflerini belirlemek ve tedavi başarısını değerlendirmek için uzun süreli takip çalışmalarına ihtiyaç vardır.

SUMMARY

Quality of life is an important subject to determine the goals of treatment and rehabilitation in recent years. There are few studies about disability and quality of life. Comorbidity alcohol dependency with other psychiatric diagnosis is frequent. Quality of life levels are lower and disability scores are higher in alcohol dependency with anxiety and depression. In the study, we interviewed 150 inpatient alcohol dependants. The aim is to determine the effects of severity of depression and anxiety scores at quality of life and disability. All patients are seen at baseline, 3rd and 6th weeks of treatment and asked same scales. They are differentiated in 3 groups; only alcohol dependants, alcohol dependants with anxiety symptoms, and alcohol dependants with depressive symptoms. Groups compared to sociodemographic characteristics, alcohol use properties, anxiety and depression severities, quality of life and disability levels and determined significant differences.

To compare sociodemographic characteristics between alcohol dependants, alcohol dependants with anxiety, and with depression; the rate of leave alone (32%) and being divorced (26%) were seen higher in dependants with depression. The rate of being retired (32%) and lower education levels (44% finished elementary school) were seen higher in dependants with anxiety. The rate of having social insurance (14%) was lower in alcohol dependants without anxiety and depression.

The number of application to treatment were highest in alcohol dependants with depression (46%). The number of patients who have a physical illness (22%) was higher in alcohol dependants without anxiety and depression group. Previous attempts (82%) for alcoholism treatment were higher in dependants with anxiety. No significant difference was found between groups in withdrawal symptoms, delirium and seizures. (group 1: 88%, group 2: 86,3%, group 3: 96%) 2 patients who were only alcohol dependant had tried a substance (not alcohol) before. To compare family stories about substance abuse; the rate of alcohol abuse was found higher in alcohol dependants without anxiety and depression. (44%)

To compare with baseline and 6th week of treatment; the anxiety and depression scores were decreased in anxiety and depression groups but anxiety scores were increased in alcohol dependants without anxiety and depression.

Disability levels had differences in baseline between groups but no significant difference was found in 3rd and 6th weeks of treatment. In all groups, disability levels came better at 6th week of treatment. (baseline: $F=7,02$ $p=0,00$; 3rd week: $F=2,06$, $p=0,13$; 6th week: $F=1,52$, $p=0,22$)

To compare quality of life between groups with WHQOL-BREF; significant difference was found in physical, psychological, social and environmental domains. (physical area: $F=7,92$, $p=0,00$; psychological $F=30,21$, $p=0,00$; social $F=3,45$, $p=0,00$; environmental: $F=7,79$, $p=0,00$) No significant difference was found in social domain of quality of life at 3rd and 6th weeks. To compare quality of life levels; depression group had lower rates at first, 3rd and 6th weeks while dependants with lower anxiety and depression scores had better rates.

Clinicians should consider comorbidity in addiction treatment. To determine the severity of psychiatric symptoms and the relationship between these symptoms and disability and quality of life is important for effective treatment in alcohol dependants. Therefore, it will be useful to treatment and rehabilitation in addiction.

KAYNAKLAR

1. Testa M, Siminson D. Assesment of Quality of Life outcomes. N Engl J Med. 1996; 334: 835-840
2. Longabough R, Mattson R, Connors G, Cooney N. Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research. J stud Alcohol Suppl.1994; 55:119-129
3. Foster JH, Marshall EJ, Hooper R, Peters TJ Quality of life measures in alcohol dependent subjects and changes with abstinence and continued heavy drinking. Addict Biol.1998a;3: 321-332
4. Braucht G, Reichhardt C, Geissler L, Kwiatowski C, Kirby Jr M. Effective services for homeless substance abusers. J Addict Dis.1995; 14: 87-109
5. Mc Kenna M, and Chick J, Buxton M, Howlett H, Patience D and Ritson B. The SECCAT Survey: The costs and consequences of alcoholism. Alcohol Alcsm.1996;31: 565-576
6. Daeppen JB, Kreig MA, Burnand B. Et al: MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients. Am. J. Drug Alcohol Abuse. 1995; 24; 685-694.
7. Popovic V, Popovic I, Lilic V, Tosic S, Zlatanoic L, Vukic D.(1997) Some aspects of quality of life of alcoholics. Qual Life Res.1997; 6: 700
8. Hunt S, McEwen J. The development of a subjective health indicator. Social Health Iln.1980;10:1034-1038
9. Clark D, Kirisci L. Posttraumatic stres disorder, depression, alcohol use disorders and quality of life of adolescents. Anxiety.1995; 2:226-223
10. MacRae KD. Pragmatic versus explanatory trials. Int S Technol Asses Health Care.1989; 5:533-339.
11. Chatuverdi S, Kirthana R, Desai M. Quality of life and alcoholism : what aspects are percieved as important. Qual Life Res. 1997; 6:688
12. Watson CG, Hancock M, Malovrh P, Gaerhart LP, Raden M. A 48 week natural history follow-up of alcoholics who do and do not want to engage in limited drinking after treatment. J Nerv Ment Dis.1998; 184: 623-627
13. Foster JH, Marshall EJ, Peters TJ. Quality of life measures in alcohol dependent subjects and changes with abstinence and continued heavy drinking. Addict Biol.1998b; 3: 321-332
14. Yancar C. Madde Bağımlılarında İkinci Eksen Komorbidite ve Kişilik Özelliklerinin Bağımlılık Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 2005
15. Muhtar N. Alkol Bağımlılarında Bağlanma, doktora tezi. İstanbul üniv. Sağlık bilimleri enstitüsü, psikiyatri anabilim dalı, İstanbul, 2003

- 16.Öztürk F. Alkol Bağımlıları ve Opiyat Bağımlılarında Panik Bozukluğu Yaygınlığının Araştırılması ve Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 11. Psikiyatri Birimi. İstanbul.2000
- 17.Güleç C, Koroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, 1. baskı;1998
- 18.Kaplan HI, Sadock BJ, Substance Related Disorders, Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook Psychiatry, Cancro R, 1997,7 th Edition, vol.2 pp, 1724-1725
- 19.Miller NS,Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction. 3. Baskı, Merceel Dekker Inc, New York, NY,1991
- 20.Orhan S. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğu: Alkol Bağımlılığı Eş Tanısı Olan ve Olmayan Olguların Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 9. Psikiyatri Birimi. İstanbul.2001
- 21.İncesu C.Alkol Bağımlılarında Tabloya Eşlik Eden Mizaç, Anksiyete ve Kişilik Bozuklukları. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Birimi. İstanbul.1993
- 22.American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders. 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC,1994
- 23.Dünya Sağlık Örgütü, ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre, 1992
- 24.Ömer H, Tamam L. Alkol bağımlılığı olan yatan hastalarda eksen I ve eksen II eştanılarının değerlendirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.1998; 12:14-22
- 25.Arıkan Z, Coşar B, Işık A. Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevelansı. Kriz dergisi, III. Psikiyatri sempozyumu özel sayısı, alkol madde bağımlılığı. 1996; 4(2): 93-100
- 26.Türkcan A. Türkiye'de alkol kullanımı ve bağımlılığının yaygınlığı üzerine bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi. 1999;10(4):310-318.
- 27.Çakmak D. Bağımlılık ve Komorbidite: Giriş. Bağımlılık ve Komorbidite içinde. D. Çakmak ve Ö. Saatçioğlu (eds). Özgül Matbaacılık, İstanbul, 2005, s. 6-10.
- 28.Mereikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaziola S. Et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders : results of the International Consortium in Psychiatric epidemiology. Addict Behav. 1998; Nov-Dec; 23(6): 893-907
- 29.Haver B.Screening for psychiatric comorbidity among female alcoholics. The use of questionnaire(SCL-90) among women early in their treatment program. Alcohol-Alcohol. 1997;32(6): 725-730
- 30.Davidson C. Identification and treatment of psychiatric comorbidity associated with alcoholism. Schweiz Rundsch Med Prax.1999; 14;88(42):1720-1725

31. Wu LT, Kouzis AC, Leaf PJ. Influence of comorbid alcohol and psychiatric disorders on utilization of mental health services in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1999;156(8):1230-1236
32. Norman SM. *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction*. 3. Baski. New York: Marcel Dekker Inc. 1991
33. Slattery J, Craig J, Godfrey C, Macpherson K, Parrott Squins, Tochel C, Watson H. Prevention of relapse in alcohol dependence. *Health Technology Assessment, Report 3*. Health Technology Board of Scotland, Glasgow. 1991
34. Gianni A.J. *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction*. New York: Marcel Dekker Inc; 32(1):36-51. 1991
35. Verheul R, Kranzler H, Poling J, Tennen H, Ball S, Rounsaville BJ. Axis I and axis II disorders in alcoholics and drug addicts: Fact or artefact. *J Stud Alcohol*. 2000; 61:101-111
36. Giffin ML, Weiss RD, Mirin SM, Wilson H, Bouchard-Voelg B. The use of diagnostic interview Schedule in drug dependent patients. *Am J Drug Abuse*. 1987; 13:281-291
37. Bucholz KK. Nosology and epidemiology of addictive disorders and their comorbidity. *Psychiatr Clin North Am*. 1999; 22(2): 221-240
38. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S. et al. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder in the United States Result From the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*; 66: 17-31, 1996
39. Raimo EB, Schuckit MA. Alcohol Dependence and Mood Disorders. *Addict Behav*. 1998; 23:933-946
40. Schuckit MA, Irwin M, Brown SA. The history of anxiety symptoms among 171 primary alcoholics. *J of Studies on Alcohol*. 1993; 51(1):34-41
41. Brown SA, Schuckit MA. Changes in depression among abstinent alcoholics. *J Studies Alcohol*. 1988; 49:412-417
42. Davidson K. Diagnosis of depression in alcohol dependence : Changes in prevalence with drinking status . *Br J Psychol* 1999; 166: 199-204
43. Schuckit MA. *Drug and alcohol abuse: A clinical guide to diagnosis and treatment*, 4th edition, Plenum Medical Book Company, New York, 1999
44. Sone SC, Brady KT. Substance abuse and bipolar comorbidity. *Psychiatr Clin North Am*. 1999; 22: 609-627
45. Hill SY, Muka D. Childhood psychopathology in children from families of alcoholic female proband. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*. 1996; 35:725-733

46. Ross HE, Glasser FB, Gernenson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psych.* 1988; Vol:45; Nov; 1023-1031
47. Cornelius JR, Salloum IM, Ehler PJ, Cornelius MD, Perel JM, Thase ME. Fluoxetine in depressed alcoholics. *Arch Gen Psychiatry.* 1997; 54: 700-705
48. Can Y. Bağımlılık ve Duygudurum Bozuklukları. Bağımlılık ve Komorbidite içinde. D. Çakmak ve Ö. Saatçioğlu (eds). Özgül Matbaacılık, İstanbul, 2005; s. 25-45.
49. True WR, Heath AC, Bucholz K, Slutske W, Romeis JC, Scherer JF, Eisen SA, Goldberg J. And Tsuang M.T. Models of treatment seeking for alcoholism: The role of genes and environment. *Alcoholism Clin. Exp. Res.* 1996; 20: 1577-1581
50. Drissen M, Veltrup C, Weber J, Ulrich J, Wetterling T, Dilling H. Psychiatric comorbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment. *Addiction.* 1998 ; 93: 889-894
51. Haver B, Dahlgren L. Early treatment of woman with alcohol addiction (EWA): a comprehensive evaluation and outcome study. I: Patterns of psychiatric comorbidity at intake. *Addiction.* 1995; 90, 101-109
52. Connors GJ, Maisto SA, Zywiak WH. 1998. Male and female alcoholics' attributions regarding the onset and termination of relapses and the maintenance of abstinence. *J. Subst. Abuse.* 1998; 10: 27-42
53. Pyne JM, Patterson TL, Kaplan RM, Gillin JC, Koach WL, Grant I. Assessment of the quality of life of patients with major depression. *Psychiatr. Serv.* 48, 224-230
54. Sullivan GM, Coplan JD. Anxiety disorders: Biochemical aspects. Sadock BJ, Sadock VA (editors), Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th ed, Lippincott Williams & Wilkins, Vol. 1, pp 1454-1455. 1993
55. Wesner RB. Alcohol use and abuse secondary to anxiety. *Psych Clin North Am.* 1990 13(4): 699-791
56. Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* 1990; 147: 685-695.
57. Wilson GT. Alcohol and Anxiety. *Behav Res Ther.* 1988; 26: 369-381
58. Thyer BA, Parrish RT, Himle J, Cameron OG, Curtis GC, Nesse RM. Alcohol among clinically anxious patient. *Behav Res Ther.* 1984; 22: 599-610.
59. Rousanville BJ, Dolinsky ZS, Babor TF, Meyer RE. Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch. Gen. Psychiat.* 1987; 44, 505-513
60. Schuckit MA, Monterio MG. Alcoholism, anxiety and depression. *Br J Addiction.* 1988; 83(12): 1373-80

61. Schuckit MA. Alcohol Related Disorder. In: Kaplan & BJ. Sadock (editors), Comprehensive Textbook of psychiatry, Williams & Wilkins, Baltimore, pp 773-778. 1995
62. Ludenia K, Donham GW, Holzer PD, Sands MA. Anxiety in an alcoholic population: A normative study. *J Clin Psychology*. 1984; 40(1):356-358
63. Johnston AL, Thevos AK, Randal CL, Anton RF. Increased severity of alcohol withdrawal in in-patient alcoholics with a coexisting anxiety diagnosis. *Br J Addiction*. 1991; 86: 719-125
64. Bibb JL, Chambless DL. Alcohol use and abuse among diagnosed agoraphobics. *Behav Res Ther.*, 24(1): 49-58
65. Smail P, Stockwell T, Canter S, Hodgson R. Alcohol dependence and phobic anxiety states I. A prevalence study. *Brit J Psychiatry*. 1984; Jan; 144: 53-57
66. Samarasinghe C, George DT, Zerby A. ve ark. Panic attacks and alcohol withdrawal: Can subjects differentiate the symptoms? *Biol Psych*. 1988 ; 24:240-243
67. Rice DP. The economic cost of alcohol abuse and alcohol dependence. *Alcohol Health Resworld*. 1990; 17:10-11
68. Reiger DA, Myer JK et al. The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch of Gen. Psychiatry* Oct. 1984; 41(10): 934-941
69. Reiger DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*. 1990; 264(19), 2511-2519
70. Marshall RD, Bebe KL, Oldham M, Zaninelli R. Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: a fixed dose, placebo controlled study. *Am J Psychiatry*; 158;1982- 1988
71. Araujo L, Goldberg P, Eyma J, Madhusoodanan S, Buff DD, Shamim K, Brenner R. The effect of anxiety and depression on completion/withdrawal status in patients admitted to substance abuse detoxification program. *Subst Abuse Treat*. 1996;13(1):6-16
72. Sher L: The role of the endogenous opioid system in the pathogenesis of anxiety disorders. *Med Hypothesis*. 1998; Jun; 50(6): 473-474
73. Helzar JE, Pryzbeck TR. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J. Studies on Alcohol*. 1988; 49:219-224
74. Himle JA, Hill EM. Alcohol abuse and anxiety disorders: Evidence from the epidemiologic Catchment Area survey. *J Anxiety Disord*. 1990; 5: 237-245
75. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB; Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:313-321

76. Thyer BA, Curtis GC. The effects of ethanol intoxication on phobic anxiety. *Behav Res Ther.* 1984; 22:599-610
77. Comeron OG, Liepman MR, Curtis GC, Thyer BA. Ethanol retards desensitization of phobias in non alcoholics. *Br J Psychiatry.* 1987; 150: 845-849
78. Meyer RE. How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders: another example of the chicken and the egg. *Psychopathology and Addictive Disorders.* New York, Guilford Press, pp 3-16. 1986
79. Anthony J.C. Epidemiology of drug dependence and illicit drug use. *Current Opinion Psychiatry.* 1991; 4: 435-439.
80. Kushner MG, Sher KJ. Comorbidity alcohol anxiety disorders among college students: effects of gender and family history of alcoholism. *Addict Behav.* 1993;18:543-552
81. World Health Organization: Measuring Quality of Life. WHO/MNH/PSF 1994/2, 1994
82. De Wildt WAJM, Schippes GM, Vander Brink W, Potgieter AS, Deckers F, Bets D. Does Psychosocial treatment enhance the efficacy of acamprosate in patients with alcohol problems? *Alcohol Alcohol* 37:375-382
83. Epstein EE, Mc Cray BS, Miller KJ, Steinberg M. Attribution from conjoint alcoholism treatment: Do dropouts differ from completers? *J Subst Abuse.* 1994; 6: 249-265
84. Burke TR. The economic impact of alcohol abuse and alcoholism. *Publ. Health Rep.* 1988 103: 564-568
85. Harley DA, and Hanley- Maxwell C. Improving employment outcomes for chronic alcoholics : applying the supported employment model . *Int.J. Addict.* 1994; 29: 667-673
86. Moos RH, Moos BS. The process of recovery from alcoholism : III. Comparing functioning in families. *J. Stud. Alcohol.* 1984; 45:111-118
87. Jerkinson C, McGee H. Health Status Measurement: A brief but critical introduction. Radcliffe Medical Pres, Oxon, UK. 1998
88. Bresleu N, Peterson E, Schulz L, Andreski P. And Chilcoat H. Are smokers with alcohol disorders less likely to quit? *Amer. J. Publ. Hlth.* 1996; 86: 985-990
89. Johnson KA, and Jenison KM. The drinking –smoking syndrome and social context. *Int. J. Addict.* 1992; 27: 749-792
90. Jerkinson C, Coulter A, Wright L. Short form 36(SF-36) Health Survey Questionnaire: normative data for adults of working age. *BMJ.* 1993;306: 1437-1440.
91. Volk RJ, Cantor SB, Steinbauer JR, Cass AR. Alcohol use disorders, consumption patterns, and health-related quality of life primary care patients. *Alcsm. Clin.Exp. Res.* 1997;21:899-905

- 92.Mann K, Marlock P, Mezger A. Quality of Life and drinking status in alcoholics 6 years after treatment.1997. Qual Life Res; 6: 688
- 93.Chatuverdi S, Kirthana R,Desai M. Quality of life and alcoholism : what aspects are perceived as important. Qual Life Res 1997; 6:688
- 94.Amedeo M, Kurtz N, Cutter H. Abstinence , reasons for not drinking and life satisfaction. Int J Addict.1992; 27:707-716,
- 95.Stein MD, Mulvey KP, Plough , Samet JH. The Functioning and well beeing of persons who seek treatment for drug and alcohol use. J Subst Abuse 10: 75-84, 1998
- 96.Gang N, Yates WR, Jones R. Et al. Effect of gender, treatment site and psychiatric comorbidity on quality of life outcome substance dependence.Am. J. Addict. 1999;8;44-54
- 97.Morgan TJ, Morgenstern J, Blanchard KA. Et al: Health Related Quality of Life for Adults Participating In Outpatient Substance Abuse Treatment. Am. J. Addict.2003; 12, 198-210
- 98.Rather BC, Sherman MF. Relationship between alcohol expectancies and length of abstinence among Alcolics Anonymous members. Addict Behav.1989; 14(5):531-6
- 99.Berkman LF Assesing social Networks and social supports in epidemiologic studies. Rev. Epidemiol. Sante Publ.1987; 35:46-53
- 100.Berkman F and Syme, SL. Social Networks, host resistance, and mortality: a nine year follow up study of Alameda County residents. Amer. J. Epidemiol.1987; 109: 186-204
- 101.Hornquist J, Elton M. A prospective study longitudinal study of abusers of alcohol granted disability pension. Scand J Soc Med. 1983; 11:91-96
- 102.Kravitz HM, Fawcett J, McQuire M, Kravitz GS, Whitney M. Treatment attribution among alcohol-dependent men: is it related to novelty seeking prsonality trials? J Clin Psychopharmacol. 1999; 19: 51-56
- 103.Rubio Valladolid G, Leon Alvarez G, Salvador, Rubert M, Casado Prietto MA, Marin Lonzano J, Santodomingo Carrasco J. The age of onset of alcohol-related problems as a prognostic factor in abstinence in patients admitted to a general hospital . Rev Clin Esp.1995; 195: 820-824
- 104.Daepfen JB, Kreig MA, Burnand B, Yersin B. MOS-SF-36 in evaluating health- related quality of life in alcohol dependent patients. Am J Drug Alcohol Abuse.1988; 24:685-694
- 105.Brower KJ, Aldrich MS, Robinson EA, Zucker RA, Greden JF. Insomnia, self medication and relapse to alcoholism. Am J Psychiatry. 2001; 158:399-404
- 106.Lynos RA, Lo SV, Littlepage NC.Comparative health status of patients with 11 common illnesses in Wales. J Epidemiol Community Health.1994; 43:388-390

107. Baekelend F, Lundwall L, Shanahan TJ, Kissin B. Clinical correlates of reported sleep disturbance in alcoholics. *Q J Stud Alcohol*. 1974; 35:1230-1241
108. Brower KJ, Aldrich MS, Hall JM. Polysomnographic and subjective sleep predictors of alcoholic relapse. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998;22: 1864-1871
109. Brower KJ, Hall JM. Effect of age and alcoholism on sleep: a controlled study. *J Study Alcohol*. 2001; 62:335-343
110. Foster J, Powell JE, Marshall EJ, Peters TJ. Quality of life in alcohol dependant subjects: A review. *Quality of life Res*. 1999;8:255-261
111. Gann HJ, Foulmann A, Kiemen A, Klein T, Ebert D, Backhaus J, Hornyak M, Voderholzer U, Hohogen F, Berger M, Reimann D. Sleep and the cholinergic rem sleep induction test in patients with primary alcoholism. *Sleep Res Online*. 1988; 1: 92-95
112. Landhold HP, Gillin JC. Sleep abnormalities during abstinence in alcohol dependent patients. Aetiology and management. *CNS drugs*. 2002;15:413-425
113. Mackenzie A, Funderburk FR, Allen RP. Sleep, anxiety, and depression in abstinent and drinking alcoholics. *Subst Use Misuse*. 1999; 34:347-361
114. Williams HL, Rundall OH Jr. Altered sleep physiology in chronic alcoholics: reversal with abstinence. *Alcohol Clin Exp Res*. 1981; 5:318-325
115. Brower KJ, Hall JM. Effect of age and alcoholism on sleep: a controlled study. *J Study Alcohol*. 2002; 62:335-343
116. Foster JH, Peters TJ, Kind P. Quality of life, sleep, mood and alcohol consumption. 2002
117. Foster JH, Marshall EJ, Peters TJ. Quality of life measures and outcome male and female alcohol-dependant subjects. *Alcohol*, in press., 2000
118. Chick J. Alcoholism treatment evaluation: the drop out dilemma. *Alcoholism*. 1995; 31:79-86
119. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu H, Lee CK ve ark. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1994;55:5-10
120. Wagenaar AC, Harwood EM, Toomey TL, Denk CE, Zander KM. Public opinion on alcohol policies in the United States: results from a national survey. *J Public Health Policy*. 1989;21:303-327
121. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R*. 3rd ed, rev. American Psychiatric Association, Washington, DC. 1987
122. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, Fourth edition, Washington D.C., American Psychiatric Assosiatin, 1994

123. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. 3P Dergisi 1999;7(Ek 2). 23-40
124. Swift RM. Drug therapy for alcohol dependence . N England J Med. 1999;340:1482-1487
125. Kaplan I. Yarıkırsal bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yetiyitimi ile ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi.1995; 6:169-79
126. Mercan F.S. Kronik alkolizmde bağımlılık, kognitif fonksiyonlar ve yetiyitimi üzerine bir çalışma. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi (Psikiyatri), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.1996
127. First M.B., Gibbon M., Spitzer R.L., Williams JBW, (1997) Structered Clinical Interview for DSM-4(SCID). Washington D.C. American Psychiatric Association
128. Çorapçıoğlu A., Aydemir Ö., Yıldız M. (1999) Structered Clinical Interview for DSM-4(SCID-4), Turkish version. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
129. Soyka M. Relapse prevention in alcoholism: recent advances and future possibilities. CNS Drugs.1997; 7: 313-327
130. Saunders JB, Aasland OG, Amundsen A , Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on the early detection of persons with harmful alcohol consumption-I. Addiction.1993a; 88(3):349-362
131. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. Addiction.1993b; 88(6):791-804.
132. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. Second edition. WHO/MSD/MSB/01.6a, World Health Organization, Geneva.2001
133. Skipsey K, Bursleson JA , Kranzler HR Utility of the AUDIT for the identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients. Drug and Alcohol Dependence 45:157-163.1997
134. Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. Journal of Studies on Alcohol.1995; 56:423-432
135. Conigrave KM, Hall WD, Saunders JB. The AUDIT questionnaire: a cut-off score. Alcohol Use Disorder Identification Test. Addiction. 1995; 90:1349-1356
136. Saatçioğlu Ö, Evren C, Çakmak D. (2002) Alkol kullanım bozuklukları tanıma testinin geçerliği ve güvenilirliği. Türkiye'de Psikiyatri, 4(2-3):107-113
137. Cherpitel CJ. Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. J Stud Alcohol.1995; 56:695-700

- 138.Reiss S, Petetson RA, Gursky DM et al. Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther.*1986; 24:1-8
- 139.Dilbaz N, Güz H.(2001) Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirliliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul
- 140.Williams BW. A Structered interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 45:742-747
- 141.Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İçcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *PsikiyatriPsikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4(4):251-259
142. Eser SY, Fidaner H, Fidaner C, ve ark. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *3P Dergisi*1999;7(Ek 2):5-13
- 143.Apeldorf WJ , Shear MK, Leon AC et al. A brief screen for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders.*1994; 8:71-78
- 144.Stewart A, Hays R, Ware J. The MOS Short-Form General Health Survey: reliability and validity in a patient population. *Med Care.*1988; 26: 724-732, 1988
- 145.Romeis JC, Waterman B, Scherrer JF, Goldberg J, Eisen SA, Health AC, Bucholz KK, Slutske WS, Lynos MJ, Tsuang MT, True WR. The impact of socodemographics, comorbidity and symptom recency on health related quality of life in alcoholics. *J Stud Alcohol.*1999;60:653-662
- 146.Morgan TJ, Morgenstern J, Blanchard KA et al: Health Related Quality of Life for Adults Participating In Outpatient Substance Abuse Treatment. *Am. J. Addict.*2003; 12, 198-210
- 147.Humphreys K, Moos RHİ Chen C. Social and community resources and long term recovery from treated and untreated alcoholism. *J Stud Alcohol.* 1997;58:231-238
- 148.Goldberg DP, Lecrubier Y. Form and frquency of mental disorders across centers. In: Üstin TB, Sartorius N.(editors) *Mental Illness in General Health Care: An Internatinal Study.* New York, NY, John Wiley & Sons,323-334.1995
- 149.Grant BF. Prevelance and correlates of alcohol use and DSM-4 alcohol dependance in the United States. *J Stud Alcohol.* 1997; 58: 464-473
- 150.Bronisch T, Wittchen HU. Lifetime and 6-month prevelance of abuse and dependance of alcohol in the Munich follow up study. *Eur Arch Pyschiatry Clin Neurosci.* 1992; 241:273-282
- 151.Lynos RA, Lo SV, Littlepage NC. Comperative health status of patients with 11 common illnesses in Walws. *J Epidemiol Community Health.* 1994; 48: 388-390
- 152.Kranzler HR, Bureson JA, Del Boca FK. Et al. Buspirone treatment of anxious alcoholics : a placebo controlled trial. *Arch GenPsychiatry.*1996;20-731

153.Greenfield SF, Weiss RD, Muenz LR, Vagge LM, Kelly JF, Bello LR, Michael J. The effect of depression on return to drinking. *Arch. Gen. Psychiat.* 55, 259-265

154.Milby JB, Sims MK, Khuder S ve ark. Psychiatric comorbidity: prevalence in methadone maintenance treatment. *Am j Drug Alcohol Abuse.*1996; 22:95-107

155.Johnston AL, Thevos AK, Randal CL, Anton RF. Increased severity of alcohol withdrawal in in-patient alcoholics with a coexisting anxiety diagnosis. *Br J Addiction.*1991; 86: 719-125

156.Rudolph H, Priebe S. Subjective Quality of life and depressive symptoms in women with alcoholism during detoxification treatment. *Drug and Alcohol Dependence.* 2002;66:71-76

157.Schuckit MA, Smith TL, Antenelli R Irvin M. Clinical course of alcoholism in 636 male inpatient. *Am J Psychiatry.* 1993; 150:785-787